



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

**Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com
doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)**

Por Margarida Tomás Esteves

Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Política Social

Lisboa
2011



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

**Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com
doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)**

Por Margarida Tomás Esteves

Orientador Professor Doutor Fausto Amaro

Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Política Social

Lisboa
2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Fausto Amaro pela disponibilidade e orientações.

A toda a equipa da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas.

A todos os utentes e famílias pela partilha das suas vivências.

A todos os que estiveram presentes em mais uma etapa do meu percurso formativo.

À Elsa e à Susana pelos *desafios*...

À Adriana e à Ana Sofia...

Aos meus pais...

RESUMO

Os problemas de saúde mental tornaram-se, segundo os estudos epidemiológicos mais recentes, numa das principais causas de incapacidade e morbilidade. O seu impacto nas sociedades actuais leva-nos a reflectir sobre as políticas de saúde mental, nomeadamente sobre a intervenção em contexto comunitário, ganhando aqui dimensão o estudo da rede de suporte social.

Este trabalho, levado a cabo a partir de um projecto de saúde mental comunitária - Pro-Actus, pretende uma análise sistematizada da intervenção social ao nível da rede de suporte, avaliada a partir da metodologia de estudo de caso, de pessoas com doença mental grave, a residir na comunidade, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência. A rede de suporte social assume-se como um elemento essencial na estruturação de um projecto terapêutico.

Identificaram-se, nesta investigação, redes tipicamente familiares, mínimas e dispersas em que as funções são sobretudo desempenhadas pelas relações familiares, o que se traduz em redes de suporte com recursos limitados em que os seus elementos estão dependentes entre si, tornando-as pouco eficazes em situações de vulnerabilidade. Assim, importa considerar metodologias de intervenção, envolvendo utentes/familiares/estruturas comunitárias (trabalho em rede e parceria), impulsionadoras da criação de uma rede de suporte efectiva na prestação de cuidados e, em última análise, facilitadora da adesão e manutenção do projecto terapêutico.

Palavras – chave: saúde mental e psiquiatria; intervenção comunitária; rede de suporte social; trabalho em rede; projecto terapêutico

ABSTRACT

Mental health problems are, according to epidemiological studies, a major cause of disability and morbidity. It's impact on societies today lead us to an analysis on mental health policies, particularly on community intervention with social support network.

This work, carried out from project Pro-Actus want a review of the social intervention with of support network, evaluated from the case study, of people with serious mental illness, with psychosocial disability and situation of dependence. This intervention is an essential element in the strutting of the therapeutic project.

Identified in this research, family networks, minimal and dispersed in the above functions are performed by family members', which means to support networks with limited resources in that the elements are mutually dependence, becoming less effective in situation of vulnerability. It is therefore important to consider methods of intervention, involving users/family/community structures, driving the creation of an effective network of support in providing care and, ultimately, facilitating the accession of the therapeutic project.

Key words: mental health; community intervention; social support network; networking; therapeutic project

ÍNDICE

ABREVIATURAS	12
INTRODUÇÃO	13

I - PARTE

SAÚDE MENTAL, COMUNIDADE E REDE DE SUPORTE SOCIAL.....	16
1. SAÚDE MENTAL: BREVE ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Conceito de doença mental	18
1.2. Quadros psicopatológicos	21
1.2.1. Perturbações cognitivas	21
1.2.2. Perturbações tóxicas	22
1.2.3. Esquizofrenia	22
1.2.4. Perturbações do humor	23
1.2.5. Perturbações ansiosas e de personalidade	23
1.3. Percurso histórico da saúde mental	24
1.4. Políticas de saúde mental em Portugal	27
1.5. Perspectiva sociológica da saúde mental	32
2. O MODELO COMUNITÁRIO.....	34
2.1. A intervenção em contexto comunitário	36
2.2. A rede social na intervenção comunitária	38

II PARTE

SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: REDE DE SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE (ESTUDO NO CONCELHO DE ODIVELAS)

3. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: PERSPECTIVA A PARTIR DO PROJECTO PRO-ACTUS	45
3.1. Descrição geral do projecto	45
3.2. Breve caracterização do concelho de Odivelas	47
3.3. Contexto de intervenção	49

4. METODOLOGIA	52
5. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	60
5.1. Sexo e idade	60
5.2. Freguesia de residência	61
5.3. Estado Civil	61
5.4. Nacionalidade	62
5.5. Situação profissional	63
5.6. Escolaridade	63
5.7. Tipo de família	64
5.8. Principal cuidador	64
5.9. Notação Social da Família	65
5.10. Diagnóstico Psiquiátrico	65
5.11. 1º Contacto com a psiquiatria	66
5.12. Nº de internamentos por utente	66
6. SINOPSES DOS CASOS ESTUDADOS	67
6.1. Caso ERF	67
6.2. Caso EAC	69
6.3. Caso JMH	71
6.4. Caso SLC	73
6.5. Caso PJP	75
7. REDE DE SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE A RESIDIR NA COMUNIDADE	76
7.1. Aspectos gerais	76
7.2. Dimensão estrutural	79
7.3. Dimensão funcional	82
7.4. Dimensão relacional e contextual	84
7.5. Metodologias de Intervenção	85
8. CONCLUSÕES	89
9. BIBLIOGRAFIA	92
10. ANEXOS	95

Anexo 1 – Autorização comissão ética	96
Anexo 2 – Consentimento informado	98
Anexo 3 – Documento divulgação do Pro-Actus	100
Anexo 4 – Instrumento de recolha de dados	106
Anexo 5 – Guião de entrevista	109
Anexo 6 – Notação Social da família (escala de Graffar adaptada)	111
Anexo 7 – Casos estudados	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Motivo de Referenciação ao Pro – Actus	51
Gráfico 2 – Estruturas que referenciam utentes ao Pro-Actus	51
Gráfico 3 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por sexo e idade	60
Gráfico 4 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por freguesia de residência.	61
Gráfico 5 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por estado civil	61
Gráfico 6 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por nacionalidade	62
Gráfico 7 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por situação profissional.	63
Gráfico 8 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por escolaridade.....	63
Gráfico 9 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por tipo de família.....	64
Gráfico 10 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por principal cuidador...	64
Gráfico 11 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por posição social da família.....	65
Gráfico 12 - Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por diagnóstico médico.	65
Gráfico 13- Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por 1º contacto com a psiquiatria.....	66
Gráfico 14- Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por número de internamentos em serviços de psiquiatria.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mapa do concelho de Odivelas.....	48
Figura 2- Número de habitantes por freguesia.....	48
Figura 3- Genograma do caso ERF.....	67
Figura 4 – Ecomapa do caso ERF Março 2010.....	68
Figura 5- Ecomapa do caso EFR Dezembro 2010.....	69
Figura 6- Genograma do caso EAC.....	70
Figura 7- Ecomapa do caso EAC Março 2010.....	70
Figura 8- Ecomapa do caso EAC Dezembro 2010.....	71
Figura 9- Genograma do caso JMH.....	71
Figura 10- Ecomapa do caso JMH Março 2010.....	72
Figura 11- Ecomapa do caso JMH Dezembro 2010.....	73
Figura 12- Genograma do caso SLC.....	73
Figura 13- Ecomapa do caso SLC Março 2010.....	74
Figura 14- Ecomapa do caso Dezembro 2010.....	74
Figura 15- Genograma do caso PJP.....	75
Figura 16- Ecomapa do caso PJP Março 2010.....	75
Figura 17- Ecomapa do caso PJP Dezembro 2010.....	76
Figura 18 – Distribuição dos elementos de suporte por quadrante	81
Figura 19 – Distribuição das funções da rede por quadrante.....	83

ABREVIATURAS

ACSM- Alto Comissariado para a Saúde Mental

CHPL- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EC – Estruturas Comunitárias

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NIC – Núcleos de Intervenção na Comunidade

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIC – Segundo Informação Colhida

UCCPO - Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do mestrado em Política Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, pretende uma reflexão sistematizada sobre a intervenção de saúde mental em contexto comunitário, equacionando a rede social como fonte de suporte na prestação de cuidados e como um elemento facilitador da adesão e manutenção do projecto terapêutico.

Culmina uma investigação levada a cabo a partir de um projecto inovador de saúde mental comunitária: *Pro-Actus - Projecto de Articulação entre a Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas, os Cuidados de Saúde Primários e as Estruturas Comunitárias do Concelho*. Este tem como objectivo prestar cuidados de saúde mental e psiquiátricos, na comunidade, às pessoas com doença mental grave e suas famílias de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência. Configura-se como uma resposta diferenciada às pessoas com doença mental grave que, devido às características da sua patologia como o não reconhecimento da doença e o isolamento social, não conseguem aceder aos cuidados de saúde – quebra com o vínculo saúde. Pressupõe a estruturação de uma resposta específica formulada a partir das necessidades e do contexto dos utentes/ famílias, envolvendo a sua rede de suporte social.

A compreensão das perturbações mentais tem vindo a evoluir ao longo dos anos fruto dos inúmeros contributos teóricos que têm surgido e contribuído para a sistematização de políticas e de modelos de intervenção em saúde mental. A sociologia mostrou, desde sempre, interesse pela análise e debate das causas e consequências sociais das perturbações mentais, apontando diversas hipóteses explicativas.

No contexto das políticas de saúde mental assistimos à consolidação de um modelo de referência: o comunitário, que inspirou a organização do actual sistema português. O modelo comunitário foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde no início dos anos 70, sendo desenvolvido em diversos países da Europa e da América do Norte, esta perspectiva foi também assumida por Portugal, em 1985, na 2ª conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa que consignou que a prestação de cuidados deveria transitar dos hospitais psiquiátricos para serviços de base comunitária. No âmbito desta directrizes Portugal esteve entre os países pioneiros uma vez que a Lei nº 2 118 de 1963 (Lei de bases da Saúde Mental) perspectivou medidas concordantes com o modelo comunitário ao considerar a criação de Centros de Saúde Mental com a responsabilidade de prestação de cuidados à população abrangida. Apesar das limitações registaram-se alterações

importantes como a melhoria da acessibilidade e o desenvolvimento de intervenções menos centralizadas nos grandes hospitais psiquiátricos com uma articulação mais efectiva com a comunidade.

A intervenção em contexto comunitário mobiliza um conjunto de conceitos que consolidam a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátricos. As situações de doença mental grave assumem uma complexidade que implica uma adequação de respostas que devem assumir um carácter holístico e integrado, considerando o indivíduo nos seus múltiplos sistemas. Neste enquadramento, a intervenção com a família e a consideração da rede social como fonte de suporte são uma área privilegiada da intervenção social.

O conceito de rede social foi utilizado, pela primeira vez, nas Ciências Sociais por Barnes (1954) que enfatizou a importância dos vínculos sociais extra familiares na vida quotidiana e valorizou o papel das relações interpessoais. Podemos apontar o contributo teórico de diversos autores, no âmbito desta temática, destacamos Sluzki que teoriza o conceito de rede social pessoal definindo-a como “ a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo na sociedade e ainda para capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise”. Esta rede pode ser equacionada como fonte de suporte social podendo ser analisada numa dimensão estrutural, numa dimensão funcional e numa dimensão relacional/contextual.

A dimensão estrutural da rede refere-se à organização da teia relacional, a dimensão funcional às trocas e necessidades funcionais e a dimensão relacional/contextual inscreve as relações no seu contexto específico.

Este trabalho é constituído por duas partes, a primeira reporta-se a uma abordagem conceptual de questões relativas à temática da saúde mental, focando-nos, posteriormente, no modelo comunitário e nas suas particularidades. No âmbito da intervenção em contexto comunitário importa teorizar acerca do conceito de rede social, equacionando-a como fonte de suporte.

A segunda parte reflecte a investigação levada a cabo. Esta tinha como fio condutor a intervenção de saúde mental e psiquiátrica em contexto comunitário, nomeadamente, ao nível da rede de suporte social. Nesta investigação foram incluídos todos os indivíduos

referenciados ao projecto Pro-Actus entre Março e Dezembro de 2010 (período em que decorreu o trabalho de campo), num total de 78 indivíduos: 41 mulheres e 37 homens. Deste universo foi seleccionada uma amostra (cinco utentes) para, a partir do estudo de caso, se proceder ao entendimento metodizado da sua rede de suporte social considerando metodologias potenciadoras (trabalho em rede e parceria) da criação de uma rede de suporte efectiva que, em última análise, se torna um elemento chave no projecto terapêutico.

A elaboração do projecto terapêutico, ou seja, do projecto de intervenção é um processo que envolve todos os técnicos da equipa e naturalmente o próprio utente/família, onde se definem os objectivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados.

O projecto terapêutico é definido de forma individualizada para cada utente, mas grande parte das vezes, contém como um dos objectivos a adesão do utente ao tratamento medicamentoso e assistencial (com o progressivo retorno aos cuidados geridos e procurados pelo próprio - acedendo aos serviços de forma autónoma e voluntária), e a mobilização ou criação da rede de suporte social potenciando e dando suporte a toda a intervenção desenvolvida. Inclui momentos de avaliação entre a equipa e o próprio utente onde se tornam explícitos (tanto quanto possível) os objectivos alcançados e os objectivos a alcançar.

Aqui se configura uma área privilegiada da intervenção social, enquadrada num trabalho interdisciplinar, promotor de respostas integradas envolvendo o utente/família/estruturas comunitárias, numa dimensão de partilha e de trabalho em rede com grande ênfase na criação de rede de suporte social.

I – PARTE

SAÚDE MENTAL, COMUNIDADE E REDE DE SUPORTE SOCIAL

1. SAÚDE MENTAL: BREVE ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

[World Health Organization](#)

Todos os anos milhões de pessoas em todo o mundo são afectadas por perturbações mentais. Segundo uma estimativa da Organização Mundial da Saúde, cerca de 500 milhões de pessoas poderão vir a sofrer de perturbação mental ou anomalia psíquica e as previsões são no sentido do seu aumento devido, segundo Gulbinat, a vários factores, incluindo o aumento da esperança média de vida e o crescente número de indivíduos que atingirá a idade onde o risco é maior (Amaro, 2005, p. 27).

Os estudos epidemiológicos mais recentes concluem que as perturbações mentais e os problemas de saúde mental representam quatro das dez principais causas de incapacidade e são uma das principais causas de morbilidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Segundo as estimativas, as perturbações mentais e do comportamento correspondem a 12% da carga mundial das doenças, no entanto na maioria dos países as verbas orçamentais para a saúde mental representam menos de 1% dos gastos totais em saúde. Verifica-se, também, que mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não tem programas estruturados para esta área de actuação. A análise da situação é ainda mais gravosa ao nível das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes: mais de 90% dos países não tem programas nesta área (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Os problemas de saúde mental exercem um grande impacto na sociedade, traduzindo-se em grandes custos em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da capacidade produtiva. Acresce, a este impacto, os efeitos dos problemas ligados aos consumos excessivos de álcool e drogas, à violência doméstica e juvenil, aos comportamentos alimentares e sexuais, e à integração de imigrantes e de grupos vulneráveis que são indissociáveis da saúde mental e que têm vindo a adquirir cada vez mais importância nas sociedades actuais.

1.1. Conceito de Doença Mental

O conceito de saúde e de doença, tal como todos os outros conceitos, são produzidos pela sociedade, sendo, consequentemente, conceitos relativos e dependentes dos padrões dominantes nas sociedades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 200, p.2) saúde é “ um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social”. Esta definição contraria a do modelo médico que associa a saúde à “ausência de doença” ou de qualquer tipo de distúrbio biológico.

A doença tem repercussões em todas as dimensões do indivíduo (física, psicológica e social) despoletando desequilíbrio. Desta forma, o contexto familiar, laboral e outros aos quais o indivíduo pertence é afectado, daí decorre o facto do tratamento da doença não se poder circunscrever ao indivíduo.

No campo da sociologia da saúde, a definição do conceito de saúde e de doença assenta em dois pilares fundamentais: o da abordagem funcionalista e o da abordagem marxista. O expoente máximo da abordagem funcionalista, Talcott Parsons, enfatiza a importância da manutenção do equilíbrio social. Este está posto em causa quando o nível de saúde de uma comunidade é baixo ou quando há uma incidência muito elevada de doença. A abordagem marxista da saúde dá relevância aos factores biológicos desvalorizando os factores sociais como promotores da doença ou de saúde, uma vez que isso pode questionar o contexto no qual o sistema capitalista se reproduz e mantém (Alves, 2001). Friedson (1973, citado por Alves, 2001) faz uma distinção entre a doença como um “estado biofísico”, em que existe uma anomalia no funcionamento biológico independentemente do indivíduo a reconhecer e aceitar, e a doença como um “estado social”, relacionado com as acções e resultados dessas acções, ou seja, com as crenças, valores e avaliações.

Até meados do século XIX, o termo doença referia-se a uma desordem corporal que se manifestava através de uma alteração da estrutura física. A doença era detectada pelas alterações anormais na fisionomia dos indivíduos. Posteriormente, ao critério de alteração da estrutura física adicionou-se o critério de alteração da função corporal, detectada através do comportamento dos pacientes. Este novo critério permitiu a identificação de novas doenças psiquiátricas demarcando-as cada vez mais das doenças orgânicas (Szasz, 1979).

A definição de doença mental é mais complexa uma vez que abrange perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual. Segundo a OMS (citado por Fazenda, 2008, p.18) “ a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social.” Esta definição determina uma concepção relativa à saúde mental, reconhecendo que esta é determinada por um conjunto de factores biológico, psicológicos e sociais. Assim, na doença mental não existe uma insuficiência mas uma alteração de curta ou longa duração (Fazenda, 2008).

A explicação das causas associadas à doença mental estrutura-se em três perspectivas predominantes:

- A da causalidade orgânica, que explica a perturbação mental como alterações, quantificáveis e observáveis, do próprio organismo. Esta teoria valoriza os factores biológicos, incluindo os hereditários
- A da causalidade psicológica, que focaliza a explicação em factores pessoais e nos sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos. Enfatiza os aspectos psicológicos de cada indivíduo relacionando-os com a sua história de vida
- A da causalidade social, que perspectiva a perturbação mental enquanto elemento inseparável do contexto em que surge. Os factores sociais, segundo esta corrente, são determinantes na explicação do surgimento e evolução da doença. Desta forma, propõe-nos uma abordagem sistémica que inclui a dimensão laboral, familiar, afectiva, escolar, entre outras.

Importa ressaltar que a análise da doença mental atendendo apenas a uma destas perspectivas é insuficiente e não permite uma abordagem holística. Daqui decorre a necessidade de se adoptar uma perspectiva psicossocial que explica a doença mental com a interacção dos factores acima mencionados (Alves, 2001).

As perturbações mentais caracterizam-se por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados à angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período do estado de anormalidade não determinam por si só a presença de uma perturbação mental, é necessário que essa anormalidade seja sustentada e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal. Durante muitos anos, discutiu-se a importância dos *factores genéticos versus factores ambientais* no desenvolvimento das perturbações mentais,

conceptualizando-se estes como determinantes divisos. Hoje é aceite que na base das perturbações mentais está a interacção entre factores biológicos e sociais (OMS, 2001).

Emile Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, procedeu a um estudo casuístico exaustivo e ao estabelecimento da categorização das diferentes doenças psiquiátricas. Esta nosologia foi estabelecida por Kraepelin antes dos conhecimentos anatomopatológicos, fisiológicos e farmacológicos que vieram confirmar a sua utilidade e a generalização do modelo médico na consideração da loucura na sociedade moderna.

O legado teórico de Sigmund Freud representou, igualmente, uma grande revolução na abordagem das alterações do comportamento. O desenvolvimento da forma de tratamento relacional constitui um dos pilares fundamentais em que se estruturou a psicologia, que se distanciou da matriz médica ao estudar o comportamento humano não afectado patologicamente.

Durante vários anos as classificações nosológicas, apesar de obedecerem à classificação de Kraepelin, foram variando de acordo com as diversas escolas. Hoje em dia existem duas classificações nosológicas que reúnem um grande consenso: a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10, 1992) e o Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994).

Determinar as causas das perturbações mentais é um processo complexo e exigente do nosso espírito racional. No entanto, em relação a certas perturbações podemos afirmar que são de causa desconhecida. Ao nível da causalidade nas diferentes síndromes podemos estabelecer três grandes tipos de causalidade nos que permitem uma primeira categorização das psicopatologias.

O primeiro grupo refere-se a síndromes de natureza orgânica, somática ou tóxica. Nestes casos verifica-se uma perturbação, transitória, do estado de consciência e da orientação no tempo e no espaço. Considera-se que estas perturbações têm origem em causas exógenas. O segundo grupo de síndromes refere-se a perturbações psíquicas funcionais, normalmente de nível psicótico, em que está afectado o juízo crítico ou a consciência de estar do utente. Apesar de não estarem totalmente identificadas as causas destas perturbações, admite-se a existência de causas intrínsecas de natureza hereditária, relacionadas com o nascimento ou com o desenvolvimento precoce. Esta consideração de causas endógenas não significa que não se tem em consideração a história de vida dos utentes. Neste grupo incluímos doenças

como a esquizofrenia e a doença bipolar. Finalmente, o terceiro grupo engloba os aspectos relacionais, ou seja, que estão dependentes da vida interaccional do indivíduo. Estas perturbações são maioritariamente de nível neurótico.

Diferentemente de outras especialidades médicas, a avaliação psiquiátrica faz-se pela recolha da história de vida do utente e pela observação. A semiologia psiquiátrica utiliza-se para descrever os sinais e os sintomas que vão sustentar as hipóteses diagnósticas. Normalmente a descrição dos sintomas abarca diversas áreas como a individualidade e a corporalidade, a afectividade e o humor, a decisão e a psicomotricidade, a cognição e o pensamento, a comunicação e a linguagem, e a consciência (Alves, 2001).

1.2.Quadros psicopatológicos

1.2.1. Perturbações Cognitivas

As perturbações cognitivas englobam as perturbações orgânicas, situações agudas de défice sensorial (“delirium”), as situações de perturbação cognitiva global (demências) e a subnormalidade intelectual (atraso mental).

O “delirium” está relacionado com manifestações de uma falência cerebral aguda e pode traduzir-se por alterações da consciência, desorientações temporais e espaciais, alucinações, pensamento incoerente e possíveis crises convulsivas.

Os síndromes demenciais referem-se a situações de perda progressiva das capacidades intelectuais. As demências têm causas diferenciadas, podem aparecer em idades jovens e algumas podem ser tratadas e reversíveis. Ao nível psiquiátrico as que têm uma maior importância são as degenerativas que afectam os idosos e que os podem tornar dependente de terceiros. Podemos fazer uma distinção entre doenças senis, em idades bastante avançadas, e pré-senis, antes dos 65 anos. Actualmente a distinção mais relevante faz-se entre a doença de Alzheimer e a demência vascular.

Algumas das causas que podem provocar deficiências intelectuais relacionam-se com as alterações genéticas, na gestação, perinatais ou do desenvolvimento infantil. Assim, as medidas preventivas de aconselhamento genético e de melhor saúde materno-infantil podem evitar algumas destas deficiências. Estima-se que a prevalência da deficiência intelectual afecte 27 indivíduos em cada 1000 habitantes (Alves, 2001).

1.2.2. Perturbações Tóxicas

A dependência de tóxicos ou fármacos pode ser definida como uma actividade compulsiva para tomar drogas continuamente para experimentar os seus efeitos psíquicos ou para evitar o desconforto provocado pela sua ausência. Esta dependência pode ser psicológica ou física (Alves, 2001).

A dependência psicológica baseia-se na manutenção do consumo de drogas pelo prazer que esse comportamento acarreta ou para evitar o mal-estar relacionado com a ausência do consumo. As drogas que causam dependência podem ter como efeitos a redução da ansiedade e da tensão, despoletar alegria e euforia, provocar sensação de aumento de capacidade mental e física e alterar a percepção. A dependência psicológica é bastante difícil de ultrapassar uma vez que o consumo de drogas começa a fazer parte integrante da vida diária dos dependentes interferindo com diversas capacidades cognitivas. A dependência física acontece quando o corpo se adapta aos consumos contínuos levando à tolerância e/ou à abstinência quando se deixa de consumir (Manual Merck, em <http://www.manualmerck.net/>).

1.2.3. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação mental na qual ocorre uma distorção da realidade. O pensamento, percepção e as emoções podem alterar-se, pode haver um isolamento em relação aos outros ou manifestação de comportamentos bizarros (Feldman, 1987).

A esquizofrenia é, assim, um grupo de psicoses cujo desenvolvimento é por vezes crónico, por vezes marcado por surtos intermitentes, e que param ou regridem para qualquer estágio, mas que não permitem um completo *restitutio ad integrum*. A doença é caracterizada por um particular tipo de pensamento, afectividade e relação com o mundo externo o qual não aparece em mais nenhuma parte nesta forma particular” (Bleuler, citado por Amaro, 2005, p. 56)

Ainda não foi possível identificar nenhuma prova de natureza anatómica ou biológica, que permita definir a esquizofrenia. Desta forma, o seu diagnóstico baseia-se na análise clínica dos sintomas, que podem ser positivos ou negativos.

Os sintomas positivos englobam as disfunções das funções cerebrais. Incluem as distorções da percepção (alucinações), da linguagem e da comunicação (discurso desorganizado), do

comportamento (comportamento bizarros) e as distorções do pensamento (ideias delirantes, ideias delirantes persecutórias e falsas crenças). Os sintomas negativos dizem respeito à perda ou diminuição de funções cerebrais. Aqui podemos incluir o embotamento afectivo (incapacidade de se reagir a uma determinada situação), alogia (pobreza do discurso) e avolição (incapacidade de comportamentos orientados para o alcance de um objectivo).

1.2.4. Perturbações do Humor

As perturbações do humor são distúrbios afectivos, bastante severos, que interferem com o funcionamento normal do dia-a-dia. (Feldman, 1987). Nas perturbações do humor incluímos os síndromes depressivos e a psicose maníaco-depressiva.

Os síndromes depressivos constituem o quadro clínico de maior prevalência - entre 13% a 20% da população geral (Alves, 2001). A depressão major é a forma mais grave de depressão. Afecta a concentração, a tomada de decisão e a sociabilidade, os indivíduos podem sentir-se inúteis, incapazes, sós e podem sentir muito receio em relação ao futuro (Feldman, 1987). No caso das depressões major o risco de suicídio é bastante elevado e o estabelecimento de medidas de protecção do doente, como a hospitalização, são prioritárias (Alves, 2001).

A doença maníaco-depressiva, também conhecida por doença bipolar, caracteriza-se por variações acentuadas do estado de ânimo, com crises de depressão e de mania. Portanto, a alternância entre estados de mania e de depressão é denominada de perturbação bipolar. Tendencialmente os períodos de depressão tendem a ser mais longos que os períodos de mania, mas o contrário também é susceptível de suceder (Feldman, 1987).

1.2.5. Perturbações ansiosas e da personalidade

A ansiedade resulta de um conjunto de perturbações designadas de neuroses. A neurose é uma perturbação emocional que não atinge o nível da psicose e não está associada a nenhuma causa orgânica cerebral (Alves, 2001). As perturbações da personalidade caracterizam-se pela coexistência de um conjunto de traços da personalidade inflexíveis, inadaptados que fazem com que as pessoas não se integrem de forma adequada na sociedade (Feldman, 1987).

1.3. Percurso Histórico da Saúde Mental

A loucura é uma temática que ao longo dos anos tem despertado inúmeras curiosidades, pela envolvente desconhecida e inexplicável da doença mental. Desafiou a filosofia, a religião e a ciência. Foucault (1987, citado por Alves, 2001) considera que a loucura está, sobretudo, sujeita ao contexto político e social, aos costumes, aos interesses económicos e à história.

Existe o hábito de dizer que o louco da Idade Média era considerado como uma personagem sagrada, porque possuído. Nada mais falso (erradamente nós achamos que os possuídos são loucos e que os loucos são tratados como possuídos). Se era sagrado é porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria. Mais do que qualquer outro ele exaltava (Foucault, 1987, citado por Alves, 2001, p. 44).

Na Idade Média, a loucura era vista como um fenómeno “mágico – religioso”, as pessoas cujo comportamento fugisse à normalidade eram tomadas por espíritos demoníacos e maléficos. A loucura era entendida como algo sobrenatural que escapa à racionalidade humana e terrena. Com o renascimento surgem grandes obras filosóficas e literárias que exaltam a loucura, afastando-a do mundo oculto em que ela estava embrenhada.

Na época do absolutismo e da ascensão da classe burguesa “a loucura transformou-se no mundo da exclusão institucionalizada, enclausurando toda uma massa de indigentes em asilos sem nenhuma função nem especialização médica” (Alves, 2001, p. 45). Durante o século XVIII surge, por toda a Europa, inúmeros hospitais gerais destinados ao internamento dos indigentes. Apesar de serem designados de hospitais gerais, na verdade tratava-se de estruturas que não prestam qualquer tipo de cuidados médicos nem manifestam nenhuma preocupação com a cura. Esta política de enclausuramento, constituiu uma medida policial e uma ideologia de defesa e prevenção da sociedade civil. Este “enclausuramento” foi motivado pelo imperativo do trabalho e pela condenação da ociosidade.

A criação de hospitais específicos para os indigentes remontam ao século VII, foram criados pelos Árabes, por influência dos mercadores espanhóis que difundiram os conhecimentos sobre a forma de perceber e tratar a “loucura”.

O isolamento e afastamento da loucura em asilos são uma prova clara da conquista da razão. No século XIX exibiam-se, em Inglaterra, França e Alemanha, os doentes em plena praça pública a troco de dinheiro, inclusive, na Alemanha as janelas dos asilos foram abertas e gradeadas para que se pudesse observar o seu comportamento.

Com a expansão da industrialização e do capitalismo, no século XVIII, e das ideias humanistas da Revolução Francesa reclamou-se um novo estatuto para os “loucos”, o de doentes mentais (Alves, 2001). Pinel, no século XVIII em França, ao separar o doente mental dos presos de delito comum, dá aos indivíduos com doenças psíquicas a possibilidade de serem tratados ao invés de punidos, como acontecia até então (Cordeiro, 1982).

Com o avanço registado ao nível das ciências exactas, ao longo do século XIX o tratamento de ordem moral foi dando lugar às terapêuticas medicamentosas. Os estudos nesta área multiplicaram-se, enquadrados pela corrente dominante – o positivismo, que considera a loucura como uma doença mental, de origem orgânico - cerebral.

Já no século XX surgem duas correntes de pensamento dominante: os organicistas, que estabelecem uma correlação entre os sintomas e as lesões observadas no cérebro, e os psicodinâmicos, que relacionam os sintomas às alterações do funcionamento psíquico.

As condições de vida dos doentes mentais, o agravamento das doenças mentais nos asilos e a responsabilidade da medicina na manutenção dessa situação levam ao surgimento de alternativas ao modelo asilar, advogados por dois movimentos: *no - restraint* e *open – door*. O *no – restraint* surgiu na Inglaterra, pela mão de Conolly e manifesta preocupação em diminuir o sofrimento dos doentes, defendendo a supressão dos meios de coação corporal. O *open – door*, desenvolvido no Reino Unido no século XIX, altera o funcionamento do asilo: portas abertas, demolição dos muros eliminação de grades exteriores e da coerção física. Estas transformações apenas geraram impacto no século XX (Alves, 2001).

O século XX é marcado por diversos movimentos de revolução psiquiátrica. Assiste-se, por exemplo, ao desenvolvimento das técnicas de grupo em consequência da evolução da

psicologia social. Nesta época destacam-se autores como Wender e Schilder e Moreno, este último desenvolve técnicas psicodramáticas e sociométricas que deram origem ao método sociométrico.

O movimento de Higiene Mental, que se desenvolve primeiramente nos Estados Unidos da América e posteriormente na Europa, promove a criação de métodos de prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais e estabelece a psiquiatria comunitária.

Em França questiona-se o internamento de doentes cujas perturbações mentais não o justificam. No Hospital de Sainte – Anne é criado um serviço de assistência psiquiátrica com deslocações de trabalhadores sociais ao domicílio.

Em Inglaterra, os internamentos em instituições psiquiátricas passou a ser voluntário e inicia-se o caminho para a abertura da psiquiatria às ciências sociais e aos cuidados ambulatoriais.

A partir da segunda guerra mundial a psiquiatria social começa a questionar os internamentos em asilos e hospitais psiquiátricos, assiste-se, igualmente, à insuficiência de respostas face ao despoletar de inúmeros problemas psíquicos no pós guerra. Todos os desenvolvimentos desencadeados neste período vieram enfatizar os factores sociais e o papel do doente que deixa de ser visto como um mero objecto de conhecimento.

A partir dos anos 50 registam-se grandes progressos ao nível da farmacologia que levaram à redução do número de doentes hospitalizados. A par desta evolução foram surgindo respostas alternativas ao asilo e hospitais psiquiátricos, como os tratamentos em ambulatório, os hospitais de dia, a psiquiatria em hospitais gerais e outras estruturas comunitárias (Alves, 2001).

A partir dos anos 60 nos Estados Unidos da América a intervenção comunitária na área da saúde mental começa a desenvolver-se. A prevenção, tratamento e reabilitação das doenças psíquicas deixa de ser vista apenas como uma responsabilidade do próprio individuo e da sua família e passa a ser responsabilidade da comunidade. Esta concepção da psiquiatria pressupõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por centros comunitários de saúde mental que facilite o acesso dos utentes, a continuidade dos cuidados e que envolvam a comunidade nas questões da saúde mental. Com a implementação destes centros comunitários é possível responder às verdadeiras necessidades da população,

evitando o seu isolamento e segregação. O tratamento dos doentes no seu contexto sócio familiar promovendo a sua integração social.

Em suma, podemos registar três grandes acontecimentos determinantes na evolução da história da psiquiatria:

- No século XVIII Pinel, em França, reconhece o direito ao tratamento dos doentes mentais;
- Nos anos 50 a introdução de psico-fármacos;
- Nos anos 60 passa-se da psiquiatria tradicionalmente curativa para a psiquiatria preventiva (Cordeiro, 1982).

1.4. Políticas de Saúde Mental em Portugal

O final do século XIX é um marco na revolução da psiquiatria em Portugal, é a partir daí que se confere à loucura o estatuto de doença e à medicina a função de a tratar. Assiste-se à criação dos grandes hospitais psiquiátricos, o que reflecte uma mudança no entendimento da loucura quer enquanto doença mental quer na necessidade da existência de locais apropriados para a tratar. O surgimento dos hospitais psiquiátricos dá-se, em paralelo, com o reconhecimento, enquanto ciência médica, da psiquiatria.

Em 1848 assiste-se à criação do Hospital de Rilhafoles, em termos muito semelhantes aos asilos que existiam na Europa, que teve subjacente a defesa da ordem pública, a protecção dos “loucos” e a sua regeneração através do aproveitamento da sua força de trabalho.

Em 1883 foi fundado o Hospital Conde de Ferreira, no Porto, única e exclusivamente para receber os indigentes. O director do Hospital, António Maria de Sena, foi responsável pelo início das críticas ao sistema asilar, no qual se baseava o hospital de Rilhafoles.

Em 1889, a primeira lei de assistência psiquiátrica definiu a construção de mais quatro hospitais, de enfermarias nas prisões e a criação de um fundo de beneficência públicas para os indigentes, de forma a dar resposta às necessidades que não eram cobertas pelos hospitais existentes.

Em 1892, Miguel Bombarda torna-se director do Hospital de Rilhafoles, melhorando significativamente as condições e os serviços prestados. E, em 1893, a ordem de São João de Deus estende a Portugal a enfermagem religiosa fundando a Casa de Saúde do Telhal e a Casa da Idanha.

Em 1911, cria-se o ensino oficial de psiquiatria no manicómio Bombarda (antigo Hospital de Rilhafoles), no Hospital Conde Ferreira e no Hospital da Universidade de Coimbra.

Em 1942 é fundado o Hospital Júlio de Matos o que constitui, sem dúvida, um importante marco na moderna psiquiatria clínica em Portugal. Hospital moderno no seu tempo, corresponde nas décadas de 40 e 50 ao período áureo da psiquiatria portuguesa. Em 1945 é criado o Manicómio de Sena e em 1946 o Hospital Sobral Cid. Em 1953 é autorizada a construção do Hospital Magalhães Lemos (Jara, 2006).

Na década de 60 e 70 o aparecimento dos psicofármacos contribuiu para a verificação de grandes mudanças no tratamento das doenças psíquicas diminuindo a necessidade de hospitalização. Esta evolução aboliu o recurso a meios exteriores de contenção física.

Ao nível das orientações políticas a Lei da Saúde Mental de 1963 (lei nº 2118 de 3/4) veio estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental, regular o internamento e tratamento e estabelecer os princípios orientadores para a criação de centros comunitários de saúde de mental (Serviço Social na Saúde, em <http://servicosociaisauade.wordpress.com/em-definicao-3/>). Com esta lei Portugal torna-se num dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional que permitiu a criação dos centros de saúde mental, o surgimento do movimento da psiquiatria social e a ligação dos cuidados de saúde mental aos cuidados primários (Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2008). Em 1971 o Decreto-Lei nº 413 definiu a articulação dos serviços de saúde mental com os restantes serviços de saúde e integrou a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção-Geral da Saúde.

Ao nível legislativo, a evolução registada não teve as repercussões práticas esperadas uma vez que os cuidados de saúde mental continuaram centrados nos grandes hospitais psiquiátricos não se apostando nos centros comunitários.

Nos anos 80, e na sequência da revolução de 1974 que comprometeu a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários, faz-se uma nova tentativa

desta integração. O Decreto-Lei nº74 de 1984 reorganiza, então, os serviços de saúde criando a Direcção Geral dos Hospitais e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários onde é integrada a saúde mental.

No período decorrente entre 1985 e 1990 as principais orientações da reforma direccionam-se para a revisão da lei de bases da Saúde Mental. Neste período preconiza-se, novamente, a aproximação dos cuidados de saúde mental à comunidade (Alves, 2001).

A Lei de Saúde Mental de 1963 mantinha-se em vigor, no entanto já estava completamente desadequada e ultrapassada. Assim, é nomeada, por despacho do Director-Geral da Saúde, a Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM) para propor um modelo organizativo para o sector. Em 1996 cria-se o grupo de trabalho para a revisão da Lei de Saúde Mental e em 1997 a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Em 1998 é, então, aprovada a Lei nº 36/98 de 24 de Julho. Esta lei vem estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regula o tratamento e internamento compulsivo, ao qual é dado grande ênfase. O artigo nº3 da lei nº 36/98 estabelece alguns princípios bastante relevantes, nomeadamente, o tratamento em meio o menos restrito possível e que os serviços comunitários devem assegurar a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, centros de dia e unidade de treino e reinserção profissional, em que a prestação de cuidados deve ser assegurada por uma equipa multidisciplinar. Pela primeira vez são definidos os direitos e os deveres dos utentes dos serviços de saúde mental (art. nº5 da Lei nº 36/98).

Em 1999, o decreto-lei nº35/99 de 5 de Fevereiro, define a organização da prestação de cuidados de saúde mental, regulamenta o Conselho Nacional de Saúde Mental e as atribuições dos hospitais psiquiátricos (Serviço Social na Saúde, em <http://servicosociaisauade.wordpress.com/em-definicao-3/>).

A descentralização dos serviços teve um impacto bastante significativo na melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços, possibilitando respostas de proximidade aos cidadãos. Contudo, e apesar dos avanços registados a este nível, a cobertura do território nacional por estes serviços está muito incompleta. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Em 2001, o relatório sobre a saúde no mundo, da Organização Mundial da Saúde, intitulado “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, apresenta como objectivo facultar uma nova forma de compreender as doenças psíquicas. O relatório investiga a área da prevenção, a disponibilidade de tratamento, bem como os obstáculos a estes. São estipuladas dez recomendações, possíveis de adoptar por cada país, para a acção: proporcionar tratamento na atenção primária; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar atenção na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos; formar vínculos com os outros sectores; monitorizar a saúde mental na comunidade e apoiar a pesquisa (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Em 2005 a Comissão das Comunidades Europeias procede à criação do livro verde: “Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia” que propõe a criação de uma estratégia comunitária para a área da saúde mental. O seu objectivo é relançar o debate com as instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, outros interessados dos demais sectores, a sociedade civil e a comunidade científica sobre o papel determinante que a saúde mental tem para a comunidade europeia e a necessidade de se proceder à elaboração de uma estratégia comunitária (*Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, 2005). Ainda no ano de 2005, a Declaração de Helsínquia estabelece como prioridade a prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos que sofrem de perturbações mentais. Esta declaração abrange todos os países da comunidade, a Organização Mundial da Saúde e o Conselho da Europa e visa combater as doenças mentais bem como amenizar as lesões causadas por estas (*Mental Health's: facing the challenges, building solutions*, 2005).

Por último, importa fazer referência ao recente Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, que define os objectivos a alcançar, e a Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007 – 2016, que procura identificar estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental, promover a saúde mental das populações e desenhar um plano estratégico.

Apesar de todas as evoluções registadas, Portugal apresenta um atraso significativo em relação aos outros países europeus, devido à falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços. O relatório do Plano Nacional para a Saúde Mental conclui que os serviços de saúde mental sofrem insuficiências graves ao nível da acessibilidade, equidade

e qualidade dos serviços. Verifica-se que apenas uma parte dos indivíduos que sofrem de perturbações mentais tem acesso a cuidados especializados de saúde mental (1,7 % da população, enquanto que a estimativa é que, por ano, 5 a 8% da população sofra de alguma tipo de perturbação mental grave). A maioria dos recursos continua a localizar-se nos grandes centros urbanos (Lisboa, Porto e Coimbra), esta situação agrava-se pelo facto de terem sido criados em diversos pontos do país alguns serviços que funcionam parcialmente ou que se encontram por abrir, devido à falta de profissionais.

Uma outra deficiência relaciona-se com a grande assimetria na distribuição de psiquiatras entre os hospitais psiquiátricos e os serviços de psiquiatria dos hospitais gerais (2,6 e 1,1 médicos por 25 mil habitantes respectivamente). Esta situação torna-se ainda mais gravosa quando se verifica que apenas 24% do total de utilizadores dos serviços foram atendidos em hospitais psiquiátricos enquanto 71% foram atendidos em hospitais gerais.

Ao nível do internamento, este continua a consumir 83% dos recursos, o que é completamente contraditório aos recentes estudos que demonstram que a intervenção comunitária é mais efectiva. Consequentemente, o número de serviços comunitários, em Portugal, é bastante reduzido, os existentes restringem-se ao internamento, consulta externa e, alguns, ao hospital de dia, não dispondo de equipas de saúde mental comunitária de intervenção na crise e trabalho com as famílias.

Existem, também, problemas de acesso aos cuidados especializados de saúde mental e ao nível da continuidade de cuidados uma vez que há um elevado número de reinternamentos sem qualquer intervenção em ambulatório e um grande período de tempo decorrido entre a alta hospitalar e a consulta subsequente.

As equipas de saúde mental continuam a ter falta de diversos recursos técnicos. A qualidade dos serviços, de acordo com uma avaliação efectuada por parte dos profissionais, é inferior ao razoável, sendo que as principais falhas são a nível dos recursos humanos e organização administrativa. Os fracos recursos disponíveis e a falta de uma voz activa por parte dos utentes, familiares e da própria comunidade levam à falta de investimento na área da saúde mental. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

1.5. Perspectiva Sociológica da Saúde Mental

A sociologia sempre se interessou pelo estudo das causas e das consequências das perturbações mentais, havendo diversos contributos teóricos a este nível. August Comte considera que é o “individualismo”, na forma de pensar e no altruísmo, que caracteriza e define a loucura. O autor pondera que este individualismo surge em determinados períodos de crise onde os laços de solidariedade entre os indivíduos ficam enfraquecidos, isto explica o facto de existirem períodos em que existe um maior número de pessoas perturbadas. Estes períodos de crise sucedem-se aos períodos orgânicos marcados pela forte solidariedade interpessoal e, consequentemente, diminuição do individualismo e dos casos de loucura.

Mais tarde Durkheim volta a desenvolver o conceito de solidariedade fazendo uma distinção entre solidariedade orgânica e solidariedade mecânica. Apesar da sua obra o *Suicídio* ser considerada um dos primeiros contributos para a sociologia da saúde mental, a verdade é que o autor não desenvolveu uma teoria explicativa das perturbações mentais.

A corrente marxista também se debruçou sobre esta questão das causas e consequências sociais das perturbações mentais. Os autores marxistas consideram que as perturbações mentais são causadas pelas contradições da sociedade capitalista. Assim, só mudando a sociedade é possível mudar os indivíduos. Esta teoria veio a ser reforçada pela influência de Pavlov que considera que as doenças psíquicas podem ser causadas por factores congénitos e por conflitos resultantes das exigências da cultura e da sociedade.

Nos primórdios da sociologia das doenças mentais encontramos, ainda, a psicanálise. Freud considera que as neuroses tem origem no complexo de Édipo, em que o rapaz se interessa pela mãe odiando o pai cujo lugar sexual quer ocupar, mas como não o pode vencer vai identificando-se progressivamente com o pai, superando o complexo de Édipo e diminuindo a possibilidade de ocorrência de neuroses em idade adulta. Os autores neo-freudianos desenvolveram uma explicação mais sociológica das perturbações mentais, acentuando o papel da socialização e dos factores sociais no desenvolvimento normal e anormal do indivíduo.

No primeiro quartel do século XX as teorias sociológicas desenvolvidas não acrescentam muito mais às explicações sociológicas das perturbações mentais. Só a seguir à segunda guerra mundial é que se verifica o surgimento de novos estudos sobre esta temática.

Talcott Parsons explica as perturbações mentais baseando-se na sua teoria da personalidade. De acordo com Parsons a personalidade representa as relações entre o organismo e os objectos exteriores (sociais e culturais). A informação (sinais exteriores) e a motivação (energia interna) constituem dois elementos importantes neste subsistema do sistema geral de acção. Baseando-se nestes dois conceitos o autor estabelece um sistema de entradas e saídas cujos desequilíbrios, provocados por défices ou excesso de algum elemento, explicam o surgimento das perturbações mentais. Parsons considera, ainda, que a personalidade é influenciada pelo sistema de orientação do indivíduo o que completa a explicação das perturbações mentais, consideradas como um comportamento desviante às normas estabelecidas na sociedade.

As funções que os indivíduos desempenham na sociedade designam-se de “papel social”. Cada sociedade cria expectativas sobre as funções que espera que os seus membros desempenhem, bem como em relação às repostas sociais face aos diferentes papéis sociais. A doença repercute consequências não só a nível individual mas também ao nível da comunidade onde o indivíduo doente se insere, uma vez que a capacidade de exercer certos papéis sociais pode estar reduzida. Parsons desenvolveu um estudo sobre o papel social do doente na sociedade americana, nos anos 50. Verificou que o papel do doente vai sendo definido com o evoluir da própria doença e é aceite pela sociedade que lhe estabelece determinados direitos e deveres: a pessoa doente não é considerada responsável pela doença e é libertada das responsabilidades sociais, é-lhe exigido, pela sociedade, que se submeta à terapêutica médica. O estatuto de doente resulta desta interacção entre o indivíduo, a sua situação e os grupos sociais a que pertencem, trata-se de um processo social que é legitimado pela sociedade.

Ao nível das perturbações mentais este estatuto de doente, que permite a libertação efectiva das obrigações e actividades e a aceitação do grupo social em que estão integrados, é bastante semelhante. Contudo, se no caso da doença física se admite a possibilidade de qualquer indivíduo vir a adoecer, ao nível da doença mental esta aceitação não é tão simples. A doença mental é, diversas vezes, associada a fracassos e defeitos de carácter, responsabilizando-se o doente pela sua situação de doença. Acresce-se que os indivíduos que sofrem de doenças mentais não reconhecem, muitas vezes, a doença logo não admitem a necessidade de tratamento e de acompanhamento médico. A doença é, sobretudo, percebida pelos que rodeiam o doente (Alves, 2001).

Nos anos 60 surge, nos Estados Unidos da América, a escola antipsiquiatria, que considera a doença mental como uma doença social ligada à opressão e exploração das pessoas. Constitui-se como um “mecanismo de defesa normal que foge de uma sociedade patológica” (Alves, 2001, p. 28). A sociologia das perturbações mentais, entre os anos 60 e 80, foi marcada por diversas orientações, das quais destacamos a teoria da rotulação, os estudos baseados na classe social e os estudos sobre o apoio social e os acontecimentos de vida. Surgem, também, estudos de carácter epidemiológico e estudos de comunidade de 2ª geração.

Horwitz (citado por Amaro, 2005) considera quatro abordagens no domínio das perturbações mentais:

- A abordagem de natureza etiológica, que tem privilegiado o estudo dos factores sociais originários de perturbações mentais
- A abordagem sobre a influência social no psiquismo individual, tenta perceber porque é que determinadas perturbações mentais atingem certos grupos
- A abordagem sobre a reacção social, qual a importância dos factores sociais na recuperação dos doentes psiquiátricos e
- A abordagem construtiva das perturbações mentais, analisa o processo através do qual os indivíduos podem ser rotulados como sofrendo de uma perturbação mental.

O sociólogo Freidson (1973, citado por Miles, 1982) estabelece uma distinção entre doença como um estado biofísico e doença como um estado social. A doença como um estado social está vinculada às crenças, às avaliações e às acções das pessoas, constituindo, desta forma, um campo particularmente interessante para a sociologia.

Ao nível sociológico a explicação das perturbações mentais assenta em cinco conceitos fundamentais: papel social, norma social, comunicação, valor e integração social. O conceito de papel social diz respeito à estruturação dos comportamentos dos indivíduos de acordo com as expectativas dos outros. É através do papel social que é possível estabelecer os direitos e deveres dos indivíduos em relação à sociedade. Para que seja possível aos indivíduos desempenharem os seus papéis sociais é necessário haver um sistema de comunicação, do conhecimento de todos os elementos da sociedade, que actuam de acordo com as regras, normas e valores sociais. Estes elementos constituem subsistemas dentro do próprio sistema social, que exige um processo de integração adequado (Amaro, 2005).

2. O MODELO COMUNITÁRIO

Nos últimos 25 anos registaram-se esforços significativos em todo o mundo para substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. As instituições psiquiátricas tradicionais não podem assegurar a prestação do conjunto de programas integrados hoje considerados essenciais para o tratamento das perturbações psiquiátricas, especialmente os que promovem a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Por outro lado, a sua separação do sistema geral de saúde e o seu afastamento dos locais de residência das pessoas assistidas reforçam os estereótipos negativos associados aos tratamentos psiquiátricos e acentuam a exclusão e discriminação das pessoas com problemas de saúde mental (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2006, p. 23).

O movimento de desinstitucionalização surge no contexto de uma perda progressiva de protagonismo do hospital psiquiátrico, despoletou nos anos 50, dando lugar, em muitos países, à criação de estruturas de base comunitária assentes na ideia de que o meio hospitalar não responde às necessidades desta população (Alves, 2001).

O tratamento baseado na comunidade é, de acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, uma das recomendações para a acção no âmbito da saúde mental. Esta perspectiva de prestação de cuidados ao nível comunitário tem melhor impacto no resultado e na qualidade de vida de pessoas com doença mental grave do que o tratamento a nível institucional. Desta forma, a prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave deve ser efectuada na comunidade, mobilizando os recursos disponíveis, intervindo precocemente e diminuindo o estigma.

2.1. Intervenção em contexto comunitário

O modelo de Saúde Mental Comunitária, defendido pela OMS, pressupõe a manutenção dos doentes na sua comunidade de pertença. Este modelo de tratamento implica algumas mudanças, tais como:

- Criação de uma rede de serviços que prestem cuidados diferenciados
- Integração no Serviço Nacional de Saúde, ou seja, os serviços de saúde mental devem estar integrados nos Hospitais Gerais e Centros de Saúde
- Continuidade na prestação de cuidados, o que implica a existência de uma equipa que acompanha a pessoa com doença mental no decorrer do seu projecto terapêutico
- Articulação com as estruturas comunitárias, direccionando os recursos numa acção concertada, reforçando as redes de suporte social e o estabelecimento de parcerias
- Direccionar a intervenção não só para a pessoa com doença mental grave mas também para as suas famílias, numa perspectiva da reabilitação psicossocial
- Impulsionar a participação dos utentes e suas famílias no planeamento e avaliação dos serviços (Fazenda, 2008).

A intervenção comunitária tem como principal objectivo a integração nos contextos comunitários e não nas estruturas e/ou serviços. Este modelo inspira-se nos princípios da saúde mental comunitária que advoga que as pessoas, independentemente do diagnóstico e de qualquer outra vulnerabilidade, devem manter-se na comunidade com acesso aos recursos disponíveis. Este processo de *recovery*¹ faz-se através das redes de suporte, dos grupos de ajuda mútua e da participação em contextos diversificados (Ornelas, 2005).

Este modelo requer o desenvolvimento de competências técnicas específicas capazes de conduzir os profissionais a uma compreensão holística das múltiplas necessidades das pessoas com doença mental, identificando precocemente vulnerabilidades associadas à cronicidade destas patologias. Os cuidados de saúde mental na comunidade são potencialmente mais humanos e mais terapêuticos do que os cuidados hospitalares mediante a concretização de condições prévias. O planeamento de serviços tem de ser baseado nas realidades biopsicossociais de forma a dar uma resposta completa e apropriada às especificidades da população (Leff, 2000).

¹ “O *recovery* é um processo pessoal de mudança de atitudes, sentimentos e valores, papéis e competências para levar uma vida satisfatória, útil e com esperança. (...) Não muda o facto de haver uma perturbação mental (...) mas muda a forma de encarar e lidar com essa realidade” (Fazenda, 2008, p. 99)

A intervenção em contexto comunitário dever ser não apenas local e acessível, mas também estar estruturada de tal forma que possibilite uma resposta diferenciada às diversas problemáticas apresentadas por esta população. Deve reger-se por princípios orientadores que estruturam toda a acção. Destes princípios importa destacar: diagnóstico, intervenção precoce, participação de utentes e família, envolvimento das estruturas comunitárias e a articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

As pessoas com experiência de doença mental grave e suas famílias apresentam um conjunto de necessidades complexas e mutáveis que implicam o envolvimento de diversos profissionais num diagnóstico e intervenção precoce, que permita não apenas o controlo de sintomas, mas também a melhoria dos resultados e consequentemente da qualidade de vida, sustentado num plano de intervenção holístico e integrado. Atendendo à evolução crónica das perturbações mentais graves a questão da continuidade de cuidados torna-se crucial.

A passagem dos utentes para a comunidade repercutiu-se em grandes custos para as famílias que não foram acompanhados pelo desenvolvimento efectivo de estratégias que aliviam-se a sobrecarga familiar. Ressalvando os projectos de Tratamento Assertivo na Comunidade (TAPS), desenvolvidos no Reino Unido, a reinserção de doentes crónicos na comunidade não foram acompanhadas de medidas específicas de apoio à família ou de preparação da própria rede social (Campos, 2009).

O trabalho em parceria com as famílias e a sua inclusão no projecto terapêutico devem fazer parte dos pressupostos que orientam a intervenção dos técnicos, este pressuposto estende-se às estruturas comunitárias que devem estar envolvidas nas políticas de saúde mental. Uma outra linha de orientação na intervenção comunitária é a articulação com os Cuidados de Saúde Primários (OMS, 2001).

“Na prática da saúde mental comunitária a participação de utentes e das famílias é indispensável porque um dos objectivos a prosseguir é o aumento da sua autonomia e do controlo sobre as decisões que afectam as suas vidas” (Fazenda, 2008, p.55)

2.2. A rede social na intervenção comunitária

O desenvolvimento do modelo comunitário e a consequente implementação de estruturas comunitárias reforça a importância do desenvolvimento dos suportes pessoais e comunitários de forma a fortalecer as redes naturais às quais o indivíduo pertence, a identificar o potencial de suporte social das instituições comunitárias, a melhorar a articulação entre as redes de suporte comunitário e os serviços de saúde mental e a investigar as redes e os sistemas de suporte comunitário formais e informais (Ornelas, 1996 b).

O suporte social pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio e pela rede de serviços e pessoas que lhe são acessíveis, de acordo diversos autores, é um factor capaz de proteger e promover a saúde e que o apoio social exerce uma função mediadora, contribuindo para a manutenção da saúde (Rodrigues e Madeira, 2009).

A intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (Ornelas, citado por Rodrigues e Madeira, 2009, p. 395).

O conceito de *rede* tem sido utilizado em diversas áreas científicas e congrega, em si, diversos conteúdos e interpretações. Na sociologia, Georg Simmel (1908, citado por Guadalupe, 2010) utilizou o conceito de rede para explicar a pertença de indivíduos a diferentes círculos sociais que interagem na sociedade. Barnes (1954), a quem é atribuído o primeiro estudo que enfatiza a importância das redes nos fenómenos sociais, foi quem mobilizou pela primeira vez, nas Ciências Sociais, o conceito de *rede social* para descrever a estrutura social de uma comunidade. O estudo, levado a cabo por Barnes, direccionava-se para a análise das organizações e redes da ilha de Bermmes e constituiu-se como um ponto de partida para a implementação de um novo campo de estudos. Através desta investigação o autor identificou três *campos sociais* diferenciados: baseado no território, no sistema ocupacional e nas relações sociais, sendo a partir daqui que o autor teoriza o conceito de *rede social*. De acordo com Barnes (1954, citado por Guadalupe, 2010, p. 45) “cada pessoa

está (...) em contacto com um certo número de outras pessoas, algumas das quais em contacto directo entre si e outras não (...) Penso ser conveniente chamar rede a um campo social deste tipo”. O estudo enfatizou a importância dos vínculos sociais extra familiares na vida quotidiana e valorizou o papel das relações interpessoais.

Posteriormente, Mitchell (1969, citado por Fazenda, 2008, p. 82) define redes sociais como “uma série de laços específicos entre uma série de pessoas bem definidas, com uma propriedade adicional, que permite que as características destes laços tomados como um todo possam ser utilizadas para interpretar o comportamento dos indivíduos envolvidos”.

Elisabeth Bott (1990, citado por Guadalupe, 2010) considera o conceito de rede social como o mais adequado para descrever as relações sociais uma vez que na configuração das redes nem todos os indivíduos mantêm relações sociais entre si, a autora introduz o termo de conectividade para definir o grau de conhecimento entre os elementos da rede.

Assim, podemos considerar as redes sociais sistemas particulares de relações que unem actores sociais. Nesta linha Wellman considerou-as (relações sociais) como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós podem ser pessoas, grupos ou outras instituições. Lemieux equaciona as redes como uma agregação dos actores sociais, tidos individualmente ou colectivamente, ou como um conjunto de relações específicas dentro de um grupo finito de actores (Guadalupe, 2010).

Centrando-nos no indivíduo podemos designar a rede constituída a partir de um sujeito central como rede social pessoal. Sluzki (1996, citado por Fazenda, 2008, p.82) define-a

como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo da sociedade e ainda a capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise.

O autor faz uma distinção entre *micro rede social pessoal* e *rede macro* que inclui a comunidade em que estamos incluídos. As funções e laços de solidariedade da rede social pessoal ou rede primária representam um enorme contributo para a manutenção da saúde e

para inserção social das pessoas com doença mental grave. É no âmbito das funções desempenhadas pela rede social pessoal, na qual incluímos a família, os amigos, vizinhos e outros, que surge o conceito de rede de suporte social (Fazenda, 2008).

Na abordagem desta temática surgem outros dois conceitos relevantes, assentes no tipo de vínculos que relacionais existentes: o conceito de rede primária e o conceito de rede secundária.

Por rede primária entende-se o conjunto natural de indivíduos em interacção uns com os outros que têm afinidades pessoais num quadro não institucional. Na rede primária identifica-se *à priori* a família, mas inclui-se também aqui as relações de amizade e a rede de vizinhança, neste tipo de rede os vínculos são essencialmente de natureza afectiva (Guadalupe, 2001). É à rede primária que se atribui a maioria das funções de suporte social e onde identificamos as fontes de nutrição emocional, é também nestas que se registam o maior nível de conflitualidade. Ao nível da rede primária podemos identificar um *núcleo duro* mais perene reservado à família, esta é uma referência fundamental na nossa rede social pois os laços familiares têm características de estabilidade temporal e um carácter de permanência funcionando, de acordo com Nunes (1995, citado por Guadalupe, 2010, p.55) “como lugares de ancoragem no tempo e no espaço”. A composição deste tipo de rede determina a sua tipificação, sendo tidas em conta as características principais dos seus membros, nomeadamente a relação mantida com o indivíduo central, a partir daqui podemos considerar redes de parentesco, de vizinhança, de amizade,... As redes primária podem ainda ser classificadas quanto às particularidades sociológicas dos seus membros, como, a idade, sexo, nível sócio – económico (Guadalupe, 2010).

As redes secundárias referem-se ao conjunto de pessoas unidas por uma mesma função num quadro institucional, remetendo-se fundamentalmente às organizações e instituições, ou seja, aos membros da nossa rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objectivos funcionais (Guadalupe, 2010). Estas podem ser consideradas formais ou informais, dependendo do seu nível de estruturação, organização, dos objectivos e das relações estabelecidas (Guadalupe, 2001).

“As redes primárias são quase sempre o motivo da nossa intervenção (sendo por elas, para elas e com elas que trabalhamos), enquanto o motor da intervenção são as redes secundárias nas quais nos inserimos como interventores sociais” (Guadalupe, 2001, p. 2). Nos contextos da intervenção técnica a rede social primária e secundária podem ser

equacionadas como suporte social. O conceito de rede social veio a difundir-se nas ciências sociais e nas décadas de 60 e 70 do século XX proliferaram estudos e publicações relativas a esta temática.

Barrón considera, no estudo da rede de suporte social, três perspectivas: a perspectiva estrutural, a perspectiva funcional e a perspectiva contextual (Guadalupe, 2010). A perspectiva estrutural refere-se aos aspectos estruturais da rede social, inclui cinco componentes: a composição ou distribuição, o tamanho, a densidade, a dispersão e a homogeneidade ou heterogeneidade da rede (Guadalupe, 2001). A composição ou distribuição da rede refere-se ao número de membros e ao nível de concentração da rede em determinado quadrante (relações familiares, relações familiares, relações de amizade, relações de trabalho ou estudo, relações comunitárias, e relações com sistemas de saúde e serviços sociais). O tamanho da rede reporta-se ao número de elementos da rede, ou seja, todos aqueles com quem o sujeito central mantém contacto pessoal. O nível de densidade da rede é determinado pela interconexão entre os membros da rede, Guay (s/d, citado por Guadalupe, 2001) considera, a este propósito, três tipos de configuração: coesa (onde todos os elementos da rede se conhecem), fragmentada (composta por pequenos subgrupos relativamente independentes entre si) e dispersa (ausência de conexão entre os seus membros). A homogeneidade ou heterogeneidade da rede é definida pela semelhança ou diferença entre os elementos da rede ao nível das atitudes, experiências, valores, características demográficas e sócio – culturais (Guadalupe, 2001).

A perspectiva funcional focaliza as funções que são cumpridas pelas relações sociais. Sluzki identifica seis funções desempenhadas pelas redes sociais pessoais: o apoio emocional, o suporte tangível, o apoio informativo, a companhia social e o acesso a novos contactos. O apoio emocional refere-se às trocas que comportam atitudes emocionais positivas e um “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio” (Sluzki, 1996, citado por Guadalupe, 2010, p. 83). Este tipo de apoio tem subjacente relações com um certo grau de proximidade e intimidade que se encontram nas relações familiares e de amizade. O suporte tangível (material ou instrumental) consubstancia-se na ajuda nas tarefas domésticas e noutras actividades de vida diária, aglomera um conjunto de acções ou materiais que facilitam a realização das tarefas do quotidiano desafogando o indivíduo. Para que esta função favoreça o bem-estar e alivie, de facto, a sobrecarga do indivíduo tem de ser apercebido como apropriado e aceite voluntariamente. O aconselhamento inclui os conselhos e orientações cognitivas que permitem o estabelecimento de interacções que permitem a partilha de informações pessoais ou sociais entre os membros.

Uma outra função desempenhada pela rede social é a companhia social que se traduz pela realização de actividades conjuntas, esta função assume uma importância extrema no contexto de pessoas que se encontram mais isoladas e com contactos sociais restritos. A função acesso a novos contactos possibilita o acesso a novos recursos e vínculos, muitas vezes a ajuda passa pela activação de contactos que se afigurem como potenciadores do alargamento da rede de suporte social. Por último, a função de regulação e controlo social resulta da pressão dos elementos da rede na reafirmação de responsabilidades, normas e papéis (Guadalupe, 2010).

A perspectiva contextual refere-se aos contextos ambientais e sociais em que ocorre o apoio social, ou seja, as características ou atributos do vínculo relacional (Guadalupe, 2010). A especificidade de cada relação permite-nos distinguir diferentes atributos para cada vínculo: a multidimensionalidade e versatilidade (variedade e quantidade de funções assumidas pelo vínculo), a reciprocidade (grau em que os recursos existentes são trocados equitativamente entre as partes), intensidade (revela a carga e a durabilidade da relação e o seu grau de intimidade), e a frequência dos contactos (depende da activação dos vínculos e da intensidade da relação).

A este nível Mitchell, também nos dá um contributo importante, segundo o autor as redes sociais apresentam como características:

- *Intensidade*: número de funções ou serviços recíprocos prestados pelas interações entre os componentes da rede;
- *Durabilidade*: grau de durabilidade dos laços;
- *Multidimensionalidade*: número de funções diferentes contida em cada interacção;
- *Reciprocidade*: ajuda recebida e prestada;
- *Densidade*: número de funções realizadas em cada interacção em relação ao número total de funções da rede;
- *Dispersão*: facilidade do indivíduo em estabelecer interações com os vários membros da rede;
- *Frequência*: frequência do estabelecimento de interações com os elementos da rede;
- *Homogeneidade*: partilha de afinidades sociais pelos elementos da rede.

(Fazenda, 2008)

Importa ainda referir o contributo de Caplan (1974, citado por Fazenda, 2008, p. 83) que define “ o sistema de suporte social como um padrão de ligações que desempenham um papel importante na manutenção da integridade física e psíquica de um indivíduo ao longo do tempo”. O autor aplicou este conceito à saúde mental comunitária uma vez que esta terminologia “ sistema de suporte social” reúne as redes primárias e as redes secundárias (formais e informais). De acordo com o autor, uma rede pessoal activa e responsável desempenha uma função protectora (doença), facilitadora (procura de recursos) e aceleradora (no processo de cura). Por outro lado, no caso de doenças de evolução prolongada, como as psicoses, pode ocorrer a deterioração na qualidade da interacção social e a diminuição da extensão da rede social pessoal.

As redes sociais desempenham um papel fundamental na saúde dos indivíduos. Segundo Sluzki (1996) a presença de familiares ou amigos próximos reduz as situações potenciadoras de tensão; as relações sociais contribuem para dar um sentido mais consistente à vida dos indivíduos o que estimula a prevenção e a manutenção da saúde e favorece comportamentos correctivos em relação à saúde e actividades saudáveis.

II Parte

REDE DE SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE: ESTUDO NO CONCELHO DE ODIVELAS

3. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: PERSPECTIVA A PARTIR DO PROJECTO PRO-ACTUS

3.1. Descrição geral do projecto

Nos últimos anos têm-se desenvolvido diversas abordagens relativas à intervenção de saúde mental e psiquiátrica em contexto comunitário, questionando-se a prestação de cuidados centralizada nos grandes hospitais psiquiátricos. Como já referido, o modelo comunitário pressupõe uma filosofia de intervenção assente no maior envolvimento dos utentes/famílias e numa articulação mais efectiva com os cuidados de saúde primários e as estruturas comunitárias.

No enquadramento destas directrizes de actuação integra-se o projecto Pro-Actus (Anexo 3), que consiste num projecto inovador de intervenção em saúde mental ao nível comunitário, seguindo a linha de acção preconizada nos programas de saúde mental, nomeadamente, no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

O Pro-Actus é um projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Estruturas Comunitárias (EC) do concelho. Faz parte integrante da UCCPO pertencente ao Sector A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). De acordo com a política de sectorização francesa, a área geográfica do CHPL encontra-se dividida em quatro sectores, cada um dos quais com a responsabilidade das consultas externas, urgências e internamentos de indivíduos residentes nos respectivos sectores. O Sector A é constituído pelo serviço de internamento, pelo NIC de Loures e pela UCCPO, dá resposta às sete freguesias do concelho de Odivelas (Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada) num total de 133.847 habitantes e as seguintes freguesias do concelho de Loures: Bucelas, Fanhões, Frielas, Loures, Lousa, Santo Antão do Tojal, São Julião do Tojal e Santo António dos Cavaleiros) o que corresponde a 67.579 habitantes (Site oficial da Câmara Municipal de Odivelas e da Câmara Municipal de Loures). O Sector A é composto pelo serviço de internamento, pelo Núcleo de Intervenção Local (NIC) de Loures e pela Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO).

A UCCPO e o NIC de Loures são núcleos de intervenção comunitária cuja principal finalidade é prestar cuidados de saúde mental e psiquiátricos na comunidade, através de

uma intervenção desenvolvida por uma equipa multidisciplinar. O NIC de Loures dispõe de consulta externa de psiquiatria, de psicologia, de enfermagem e de serviço social. A UCCPO integra três valências: a consulta externa, a Área de Dia e o Hospital Dia (constituídas por equipas multidisciplinares).

O Pro-Actus integra a UCCPO e decorre das necessidades identificadas “*in loco*” pela equipa, nomeadamente, a ausência de uma resposta estruturada às pessoas com doença mental grave que, devido às características da sua doença e/ou ao não reconhecimento da mesma, não se conseguem deslocar à UCCPO; e a de desenvolver parcerias efectivas com as estruturas comunitárias. Fundamenta-se no Plano Nacional de Saúde Mental que preconiza um maior envolvimento das pessoas com doença mental e suas famílias, a mobilização das estruturas comunitárias e a articulação com os cuidados de saúde primários. Teve início em Março 2010.

O projecto rege-se pelos seguintes princípios orientadores:

- Redução do impacto das perturbações mentais e promoção da saúde mental da população
- Prestação de cuidados de saúde mental numa perspectiva de proximidade e de continuidade de cuidados
- Promoção do tratamento, reabilitação e integração na comunidade envolvendo activamente utentes, família e estruturas comunitárias
- Promoção do *empowerment*² e autonomia

Tem como objectivo geral:

- Prestar cuidados de saúde mental e psiquiátricos, na comunidade, às pessoas com doença mental grave e suas famílias de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade dos cuidados

Este objectivo congrega diversos conceitos que devem ser clarificados. Para tal baseamo-nos nas definições que constam no Decreto-Lei nº8/2010 que cria as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

² “O *empowerment* ou capacitação é definido como um processo que leva as pessoas a adquirirem controlo e poder de decisão sobre as suas vidas através da redução de bloqueios sociais ou pessoais ao exercício do poder” (Fazenda, 2008, p. 98).

- *Doença mental grave*: “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa”.
- *Incapacidade psicossocial*: “a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional”.
- *Dependência*: “ a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial que, por, por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave não conseguem, por si só, realizar as actividades de vida diária”.

Os objectivos específicos associados a este projecto são:

- Prestar cuidados à pessoa/família com necessidades em saúde mental e psiquiátrica
- Realizar uma prática de ligação efectiva entre os CSP, as EC e o Pro-Actus
- Assegurar a continuidade de cuidados de saúde mental aos utentes/ família cujo projecto terapêutico é inexistente ou está fragilizado
- Intervir precocemente na suspeita de patologia psiquiátrica grave e quando se verifique incapacidade e/ou situação de dependência
- Melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde mental
- Apoiar familiares e/ou prestadores de cuidados

O Pro-Actus tem como área de intervenção o concelho de Odivelas.

3.2. Breve caracterização do concelho de Odivelas

O concelho de Odivelas é composto por sete freguesias: Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada distribuídas numa área de 26.6 km² e com uma população de 133.847 habitantes (segundo os censos de 2001).



Figura 1: Mapa do concelho de Odivelas

Freguesia	Nº de habitantes	Habitantes /km2
Caneças	10.647	1.808
Famões	9.008	1.933
Odivelas	53.449	10.589
Olival Basto	6.246	4.399
Pontinha	24.023	5.111
Póvoa de Santo Adrião	14.704	11.925
Ramada	15.770	4.262

Fonte: site oficial da Câmara Municipal de Odivelas

Figura 2: Número de habitantes por freguesia

A forma como a população se distribui pelo concelho corresponde ao modelo territorial de crescimento urbano radial que se veio a consolidar desde a década de 60, verifica-se:

- Acentuadas assimetrias urbanísticas dentro do concelho
- Insuficiência de infraestruturas e equipamentos sociais em quantidade e qualidade adequadas à expansão urbanística verificada

- Existência de um número significativo de uma área de génese ilegal, algumas sem condições práticas de requalificação
- A continuação da centralidade de Lisboa no contexto da geografia das deslocações do concelho
- “área dormitório”

(Câmara Municipal de Odivelas)

3.2. Contexto de intervenção

A população alvo do projecto são pessoas com doença mental grave, a residir no concelho de Odivelas, que se encontram numa situação de vulnerabilidade (física, emocional, social) não conseguindo, por isso, mobilizar recursos e meios que lhes permitam ter acesso aos cuidados de saúde - quebra com o vínculo saúde.

Esta quebra com o vínculo saúde e as especificidades da população - alvo do projecto conduzem-nos à reflexão sobre a intervenção em contexto domiciliário, estratégia considerada, pela equipa, como a mais ajustada. Esta intervenção surge como uma resposta diferenciada às pessoas que, pelas características da sua patologia, como o não reconhecimento da doença e o isolamento social, não conseguem aceder aos cuidados de saúde.

As visitas domiciliárias afiguram-se como um espaço privilegiado para o estabelecimento de uma relação de maior proximidade entre técnico/utente/família, permitindo, por um lado, um conhecimento mais aprofundado da situação e do meio e, por outro, uma identificação precoce e adequada das necessidades da família. Contactar com o utente/ família no domicílio, no seu espaço, poderá contribuir para um sentimento de participação activa na determinação do projecto terapêutico.

Segundo Stanhope e Lancaster (1999, p.882):

Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se

minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal. São planeados, coordenados e tornados disponíveis serviços adequados às necessidades do cliente individual e família por prestadores organizados para a execução dos cuidados domiciliários.

De forma a estruturar uma resposta complexa e integrada para as múltiplas necessidades desta população o Pro-Actus é constituído por uma equipa técnica interdisciplinar (técnica de política social, enfermeiros, médicas internas de psiquiatria). A adequação desta resposta ao contexto dos utentes tem de ser considerada no projecto terapêutico, tornando-se, ainda mais pertinente, quando se verifica que frequentemente, aquando da referenciação ao Pro-Actus (normalmente efectuada por um familiar ou técnico de referência), o utente não reconhece a doença e não aceita a intervenção técnica. Assim, é necessário, a partir do contexto do individuo e daquilo que o próprio identifica e formula como necessidade (exp.: alimentação) iniciar um processo de convergência de pedidos (entre o efectuado pela família/ técnico/ estrutura comunitária e o do utente) enquadrado numa dimensão relacional – relação de ajuda³, indo ao encontro do pedido formulado pelo utente que poucas vezes parece ter a ver com a situação de doença mental pela qual é referenciado.

É através da relação de ajuda que se desenvolve um processo de (re)valorização e que se constrói a oportunidade de investir num projecto terapêutico partilhado, formulado a partir das necessidades e do contexto dos utentes. Nesta linha Carl Rogers (citado por Santos, 2004) propõem-nos o termo *centrado – no – cliente*: “ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno de outra pessoa”.

Importa ainda referir o trabalho desenvolvido com os parceiros da comunidade no sentido da divulgação e da co-construção de modelos de articulação mais efectivos. A divulgação do projecto assumiu-se como um aspecto fundamental na sua implementação, reunir com os parceiros comunitários e esclarecer objectivos, população – alvo, clarificar intervenções e limites afigurou-se como um veículo para a criação de uma resposta válida de saúde mental e psiquiatria. O desenvolvimento de parcerias e a estruturação de formas de articulação com as estruturas comunitárias agilizam a prestação de cuidados e promovem uma resposta

³ “A relação de ajuda é uma maneira de nos situarmos no campo das atitudes e das capacidades relacionais em ordem ao acompanhamento nos processos de integração (...) procura suscitar o melhor conhecimento e avaliação dos recursos latentes no indivíduo e a sua utilização mais funcional” (Bermejo e Martínez, 2001, p.9)

integrada facultada pela própria comunidade. Esta partilha com as estruturas comunitárias tem, também, contribuído para a redução do estigma em relação à doença mental.

De Março a Dezembro de 2010, período em análise neste trabalho, foram referenciados ao Pro-Actus 78 utentes (100%). Destes 46% foram referenciados pela própria consulta externa da unidade, reforçando a necessidade já identificada, pela equipa da UCCPO, de estruturar uma resposta às pessoas com doença mental grave que não conseguem deslocar-se à unidade, 17% foram referenciados pela família/pessoa de referência, 15% pelos cuidados de saúde primários e pelas estruturas comunitárias e 7% foram identificados pela equipa do projecto, ou seja, trata-se de situações de patologia escondida que foram sendo identificadas no âmbito da intervenção.

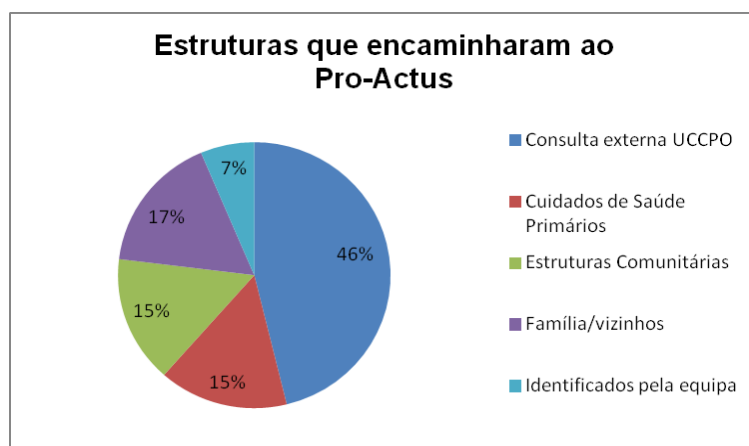


Gráfico 1: Estruturas que referenciaram utentes ao projecto Pro-Actus

O principal motivo de referenciação, como se pode constatar pelo gráfico abaixo apresentado, é a não adesão ao projecto terapêutico (81%), o que vem de encontro ao objectivo subjacente ao Pro-Actus.

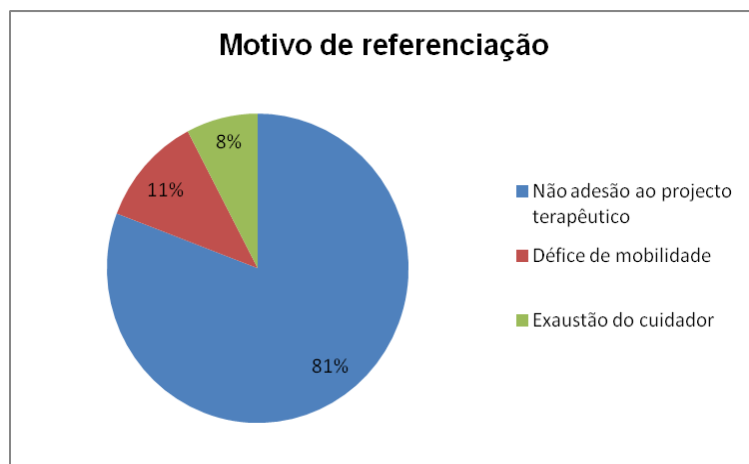


Gráfico 2: Motivo de referenciação dos utentes ao projecto Pro-Actus

Esta não adesão ao projecto terapêutico remete-nos para situações de ausência de reconhecimento da doença, de incapacidade psicossocial e de isolamento social com a identificação de poucas pessoas/estruturas de referência na prestação de cuidados.

Neste enquadramento sedimentou-se a necessidade de se proceder a uma análise sistematizada da rede de suporte social dos indivíduos, referenciados ao Pro-Actus, como um elemento chave não só na determinação da sua situação de vulnerabilidade, mas sobretudo como um factor possível de mobilizar respostas específicas e emergentes do contexto desta população.

4. METODOLOGIA

Em termos teóricos o conceito de rede de suporte social tem sido mobilizado nas ciências sociais por diversos autores, sendo um tema de interesse ao nível da investigação científica. No âmbito Pro-Actus configurou-se como uma área privilegiada de estudo no sentido da estruturação de uma intervenção social, enquadrada no trabalho em equipa interdisciplinar, promotora da consolidação da envolvência de pessoas/ estruturas de referência na prestação de cuidados.

Este trabalho permite-nos confrontar conhecimentos teóricos e experiência prática da intervenção de saúde mental em contexto comunitário, decorrida através do projecto Pro-Actus, anteriormente apresentado.

A população em estudo foi constituída por todos os indivíduos referenciados ao projecto de Março a Dezembro de 2010 (10 meses), período em que decorreu o trabalho de campo, o que perfaz um total de 78 utentes: 41 mulheres e 37 homens. Atendendo às características do projecto, a população estudada é constituída por pessoas com doença mental grave que não aderem ao projecto terapêutico e que se encontrem em situação de grave isolamento social, ou seja, são indivíduos que devido à sua doença, às co-morbilidades associadas e à fragilidade de recursos e meios apresentam dificuldades no acesso às estruturas de suporte como os cuidados de saúde e outras estruturas comunitárias. A nossa óptica é focada na análise da sua rede social, equacionando-a como fonte suporte. Desta população foram seleccionados cinco utentes para a elaboração de estudo de caso.

No que se refere à recolha de dados, de natureza qualitativa, optámos pelas seguintes estratégias:

- Consulta de elementos constantes nos processos individuais (notas clínicas, de enfermagem, de psicologia e de serviço social)
- Entrevistas informais com utentes
- Entrevistas informais com os familiares/ pessoas de referência (amigos, vizinhos)
- Observação realizada aquando das visitas domiciliárias (efectuadas no âmbito do projecto)

A diversidade de fontes possibilitou a construção de uma perspectiva de investigação alargada e receptiva às nuances da problemática em estudo. Com o intuito de metodizar o trabalho de campo criamos um instrumento de recolha de dados (Anexo 4) que nos permitisse focalizar e sistematizar a informação recolhida nos aspectos com maior relevância de análise, de acordo com a maturação teórica efectuada. Este instrumento foi utilizado nos estudos de caso efectuados. É constituído por quatro partes que agrupam a informação colhida ao longo da investigação: caracterização social, motivo de referenciação ao Pro-Actus, elaboração do genograma e elaboração do Eco-mapa. Com a preocupação de conferir rigor científico a este documento e perspectivando a possibilidade de ser utilizado, pela equipa técnica do projecto, no diagnóstico e elaboração do plano de intervenção sentimos necessidade de clarificar os conceitos mobilizados e de esclarecer algumas questões relativas ao seu preenchimento.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Referenciação

Referenciado por: As pessoas com doença mental grave podem ser referenciadas ao Pro-Actus:

- Pela consulta externa da unidade
- por qualquer pessoa de referência (familiar, vizinho)
- ou estrutura comunitária (Cuidados de Saúde Primários, Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outras).

Motivo de Referenciação: Os motivos de referenciação, atendendo à natureza do projecto, são:

- não adesão ao projecto terapêutico (não há vínculo com os cuidados de saúde),
- défice de mobilidade (impossibilidade de se deslocar à UCCPO) e
- exaustão do cuidador (quando detectadas situações de sobrecarga familiar).

Data de referenciação:

1º contacto com o serviço de psiquiatria:

Número de internamentos em serviços de psiquiatria:

Data de alta do Pro-Actus:

Caracterização Social

Sexo:

Idade:

Nacionalidade:

Freguesia de residência:

Estado Civil:

Escolaridade:

Situação profissional:

Tipo de Família: A identificação do tipo de família permite-nos aferir as múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração.

Casal - homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados;

Família nuclear – casal com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados;

Família reconstruída – casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento;

Família monoparental – constituída por uma figura parental única e presença de uma ou mais filhos;

Coabitação – homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação;

Família institucional – reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos;

Unipessoal – uma pessoa numa habitação;

Alargada – constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco.

(Figueiredo, 2009)

Notação Social da Família (Graffar adaptado): É uma classificação internacional. Baseia-se num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Preenche-se de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar e faz a soma das pontuações.

Diagnóstico médico:

Genograma

O Genograma representa a estrutura familiar interna é apropriada a sua elaboração na primeira reunião com a família, podendo, sempre que se justificar, completar-se.

Simbologia do Genograma:



Sexo Masculino



Sexo Feminino



a)



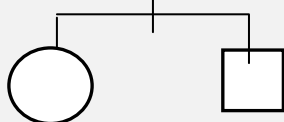
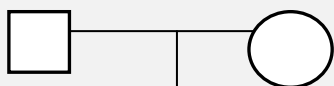
Casamento

Pessoa Índice




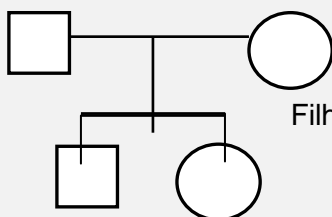
a) Sobre esta linha colocam-se símbolos que nos dão informação sobre o casal, assim como as datas relativas a esses acontecimentos:

- c – Casamento (marido surge sempre do lado esquerdo)
- cc – Casamento consensual (união)
- s – Separação conjugal (sobre o traço coloca-se um /)
- d – Divórcio (sobre o traço coloca-se dois //)

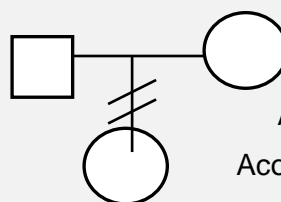


Filhos do casal: colocar sempre por ordem de nascimento
(mais velho à esquerda)

Aborto simbolizado com um  (colocar data)



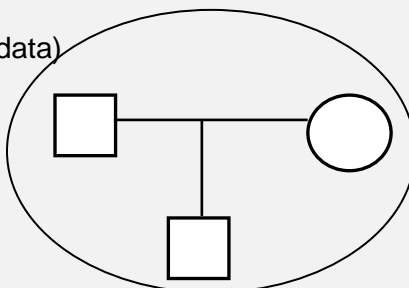
Filhos gémeos



Adopção ou
Acolhimento



Óbito (indicar a data)



Agregado familiar (quem vive em casa)

Informação adicional a colocar no genograma

Nome

Data de Nascimento

Profissão

Local de Nascimento

Problemas de Saúde / drogas /alcohol

Causa de Morte

Datas de casamento/ separação / mortes e outras

Escolaridade

Naturalidade

Imigração – data e direcção ex. 1994 (França – Portugal) e principais mudanças de residência

Etnia (que língua falam) e religião

Problemas com a lei

Regras na construção do genograma:

É desejável incluir pelo menos três gerações.

O nome e a idade devem ser registados no interior do símbolo.

No exterior devem ser registados todos os dados significativos, (ex. viaja muito, depressivo).

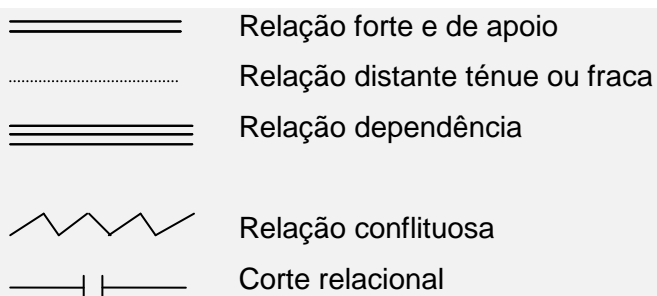
Tipo de vínculos afectivos entre os todos os elementos registados.

Ecomapa

O ecomapa consiste numa representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais. Identifica os padrões organizacionais de uma família e a natureza das suas relações com o meio, identificando as necessidades e os recursos da família. Foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman (Agostinho, 2007).

Regras na construção do ecomapa

- Escrever o nome do utente (ou família) no círculo do meio
- Cada um dos restantes círculos corresponderá a cada um dos sistemas identificados
- Usar os traços relativos à relação estabelecida para os círculos



- Identificar o apoio que recebe, de acordo com as funções identificadas por Sluzki (1996, citado por Fazenda, 2008):

Companhia social: actividades sociais e rotinas diárias

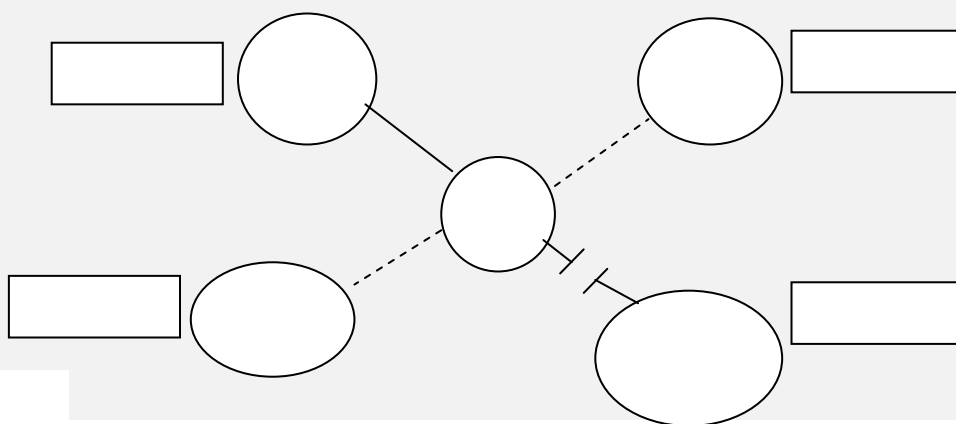
Apoio emocional: compreensão, reforço afectivo e estímulo

Orientação e aconselhamento: informações úteis e modelos de papéis

Regulação social: controlo sobre os comportamentos

Ajuda material e serviços: colaboração em tarefas

Acesso a novos contactos: conexão com outras pessoas



Importa referir que, aquando do preenchimento deste documento, foi aplicada a escala de Graffar adaptada— Notação Social da Família (Amaro, 2001) que nos permitiu uma referência relativa à posição social das famílias acompanhadas no projecto Pro-Actus (Anexo 5).

A par disto foram também realizadas entrevistas aos estudos de caso efectuados. As entrevistas foram predominantemente informais, de acordo com a metodologia proposta por Grawitz (citado por Carmo, 2008) do tipo entrevista clínica. Esta opção baseou-se no facto destas serem as habitualmente utilizadas em contextos terapêuticos, caracterizam-se pela liberdade quase total dada ao entrevistado e pela abundância e profundidade das

informações. Este tipo de entrevista caracteriza-se, ainda, por uma duração tendencialmente longa, com um número reduzido de perguntas, quase sem ordenação, apresentando uma forma predominantemente aberta, focadas na vivência pessoal do entrevistado o que conduz a respostas subjectivas. Quanto ao grau de interacção entre entrevistador e entrevistado apresenta-se sob a forma de um quase monólogo (Carmo, 2008).

A orientação metodológica adoptada neste estudo é uma abordagem qualitativa de natureza exploratória. A análise e interpretação de dados baseou-se na *Grounded Theory*. Esta orientação teórica foi elaborada por dois sociólogos: Glaser e Strauss em 1967 e visa criar conhecimento, construir teoria enraizada nos dados sistematicamente derivados da prática, engloba três aspectos fundamentais: a amostragem teórica, a codificação teórica e a escrita da teoria. A amostragem teórica é entendida como a base de construção da teoria e consiste na recolha de dados para generalizar teorias (Oliveira, 2010). De acordo com Glaser e Strauss (1994, citado por Amaro, 2005, p. 193) “esta abordagem é uma metodologia geral para o desenvolvimento de teoria, baseada em dados sistematicamente recolhidos e analisados.” Pressupõe a elaboração de perguntas flexíveis e liberdade para explorar um fenómeno (Oliveira, 2010).

Como procedimento basilar utilizaremos o estudo de caso. Yin (1988, citado por Carmo, 2008, p. 234) define-o como uma abordagem empírica que “investiga um fenómeno actual, quando os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes e no qual são utilizados muitas fontes de dados.” A utilização do estudo de caso, nesta investigação, permitirá conciliar uma perspectiva descritiva e uma perspectiva compreensiva na análise e da interacção da rede de suporte social de pessoas com doença mental grave.

Para a determinação do número de estudos de caso a realizar foi utilizada a técnica de saturação da informação que assenta na amostragem não probabilística, de conveniência. Neste tipo de amostragem utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. Esta técnica não permite a generalização à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas poderá fornecer indicações fundamentais para a discussão da temática em análise (Carmo, 2008).

Nesta investigação a adopção de uma atitude flexível e receptível à inclusão de novos elementos de análise é fundamental para a estruturação de uma matriz teórica consistente e para a interpretação dos dados recolhidos.

5. CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A caracterização social, aqui apresentada, refere-se a todos os indivíduos referenciados ao Pro-Actus entre Março de 2010 e Dezembro de 2010 (data em que decorreu o trabalho de campo), num total de 78 utentes. Atendendo às especificidades do projecto, anteriormente descritas, importa lembrar que se tratam de indivíduos com doença mental grave, a residir na comunidade (concelho de Odivelas), que não aderem ao projecto terapêutico e se encontram em situação de isolamento social.

Esta caracterização engloba variáveis que permitem, no nosso entender, o estudo da população – alvos do projecto, possibilitando, desta forma, um conhecimento de diversas particularidades que importa considerar na estruturação da intervenção.

5.1. Sexo e idade

Dos indivíduos em estudo, num total de 78, 41 são do sexo feminino e 37 do sexo masculino.

Na distribuição dos indivíduos por faixas etárias aferimos que a que engloba um maior número de utentes é, no caso dos homens, a dos 45-49 anos e, nas mulheres, dos 55-59 e dos 65-69 anos. Contrariamente, as que registam menor número de utentes é a dos 15-19 anos, em ambos os sexos.

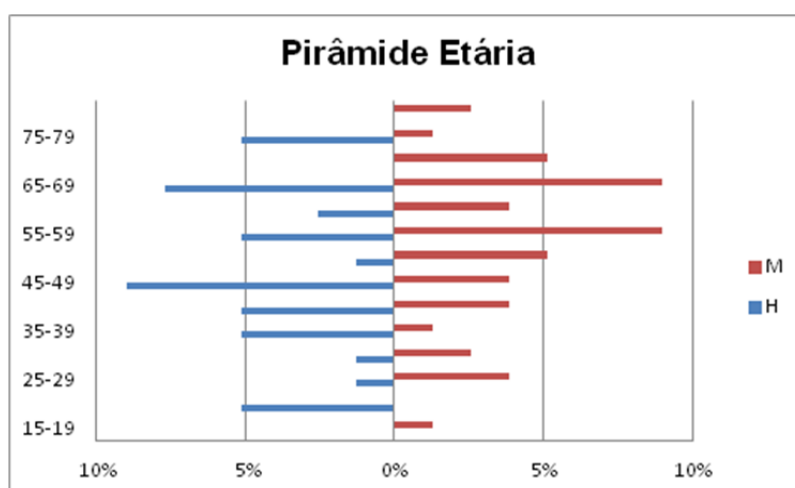


Gráfico 3: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por sexo e idade

5.2. Freguesia de residência

Quanto à distribuição de utentes por freguesia verificamos que a maioria pertence à freguesia de Odivelas (42%), sendo esta a freguesia com o maior número de habitantes (53.449 habitantes), segue-se a freguesia da Ramada (15%) e da Póvoa de Santo Adrião (14%), representando também estas as freguesias com maior número de habitantes (15.770 e 14.704 habitantes, respectivamente). Nesta análise verificamos que a freguesia da Pontinha, embora com 24.023 habitantes, representa apenas 5% das referências.

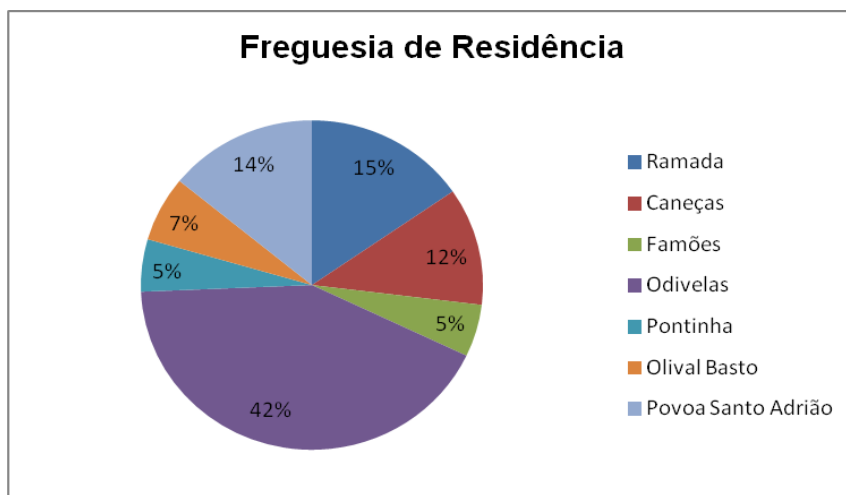


Gráfico 4: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por freguesia de residência

5.3. Estado Civil

No que se refere ao estado civil verificamos que do total de utentes referenciados 42% são solteiros, 30% casados, 14% divorciados, 13% viúvos e 1% separado.

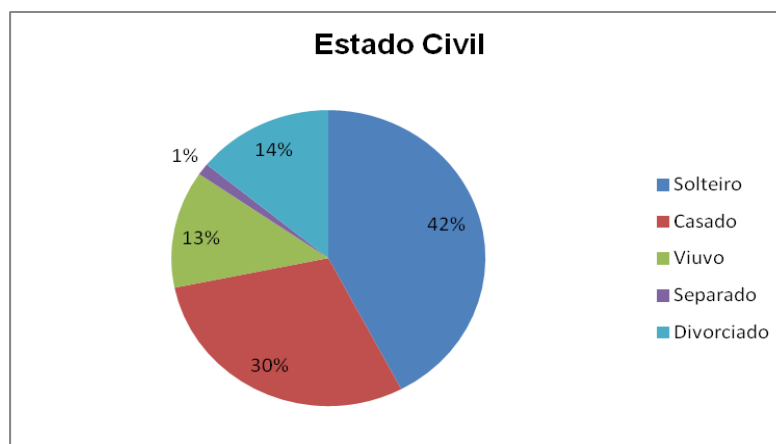


Gráfico 5: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por estado civil

A importância do estado civil tem sido mencionada em diversos estudos sobre as perturbações mentais. Por exemplo, Pearlin e Johnson levarem a cabo um estudo, sobre a depressão em Chicago, através do qual verificaram uma relação positiva entre o estado de casado e o internamento por depressão, tendo registado mais casos de depressão entre os viúvos e os divorciados, seguindo-se os solteiros.

O casamento aparenta ser um factor protector da doença psíquica uma vez que quanto maior for o suporte emocional do individuo maior será a sua capacidade de superar os constrangimentos e dificuldades colocados pelo quotidiano. No entanto, no extremo oposto o casamento pode constituir-se ele próprio como uma fonte de stress (Amaro, 2005).

5.4. Nacionalidade

A maioria dos utentes referenciados tem nacionalidade portuguesa (85%), verificamos grande dispersão relativa a outras nacionalidades, como se pode verificar pelo gráfico abaixo apresentado.

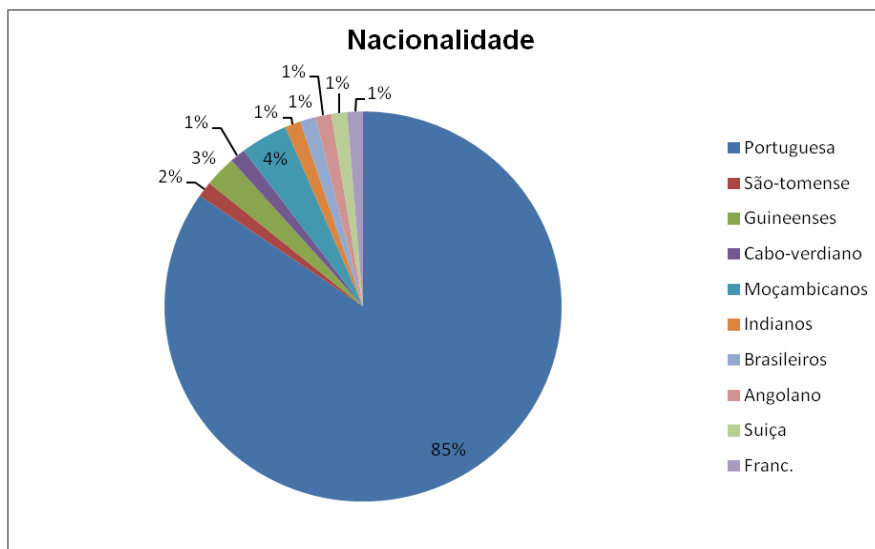


Gráfico 6: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por nacionalidade

5.5. Situação Profissional

Da população estudada verificou-se que a grande maioria está reformado (57%), seguindo-se a situação de desempregado (29%). Registam-se apenas 9% empregados e 5% de estudantes.

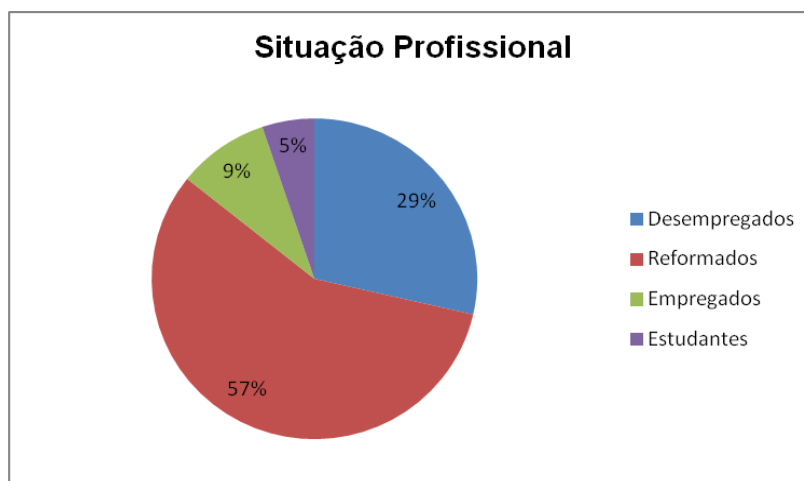


Gráfico 7: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por situação profissional

5.6. Escolaridade

No que se refere à escolaridade, e como se pode verificar pelo gráfico abaixo apresentado, aferimos que 44% dos indivíduos em estudo possui, como habilitações literárias, menos de quatro anos de escolaridade, 23% têm o quatro anos, 22% nove anos, 2% doze anos e 9% são licenciados.

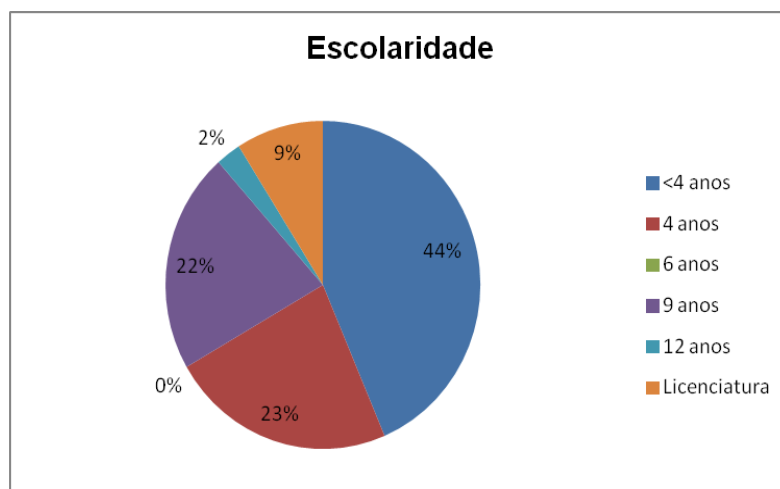


Gráfico 8: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro- Actus por escolaridade

5.7. Tipo de Família

Na distribuição dos indivíduos por tipologia de família verifica-se que a maioria está integrada em família monoparental (36%), seguindo-se a unipessoal (23%) e nuclear (17%).

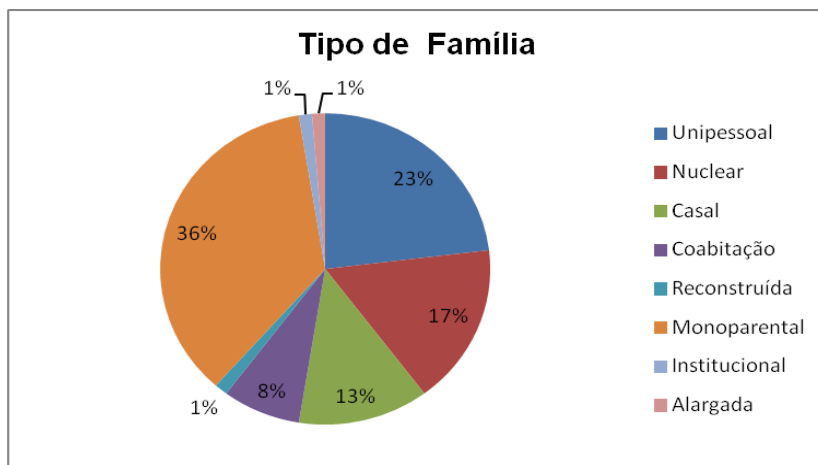


Gráfico 9: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por tipo de família

5.8. Principal Cuidador

Na análise do principal cuidador apura-se que em 27% dos casos é a mãe, que 19% não têm cuidador e 16% têm, como cuidador, o cônjuge.

Por questões sociais e culturais, a sociedade atribui à mulher o papel de cuidadora, considerando que deve ser esta a prestação de cuidados, sobretudo das crianças e dos elementos da família doentes (Campos, 2009).

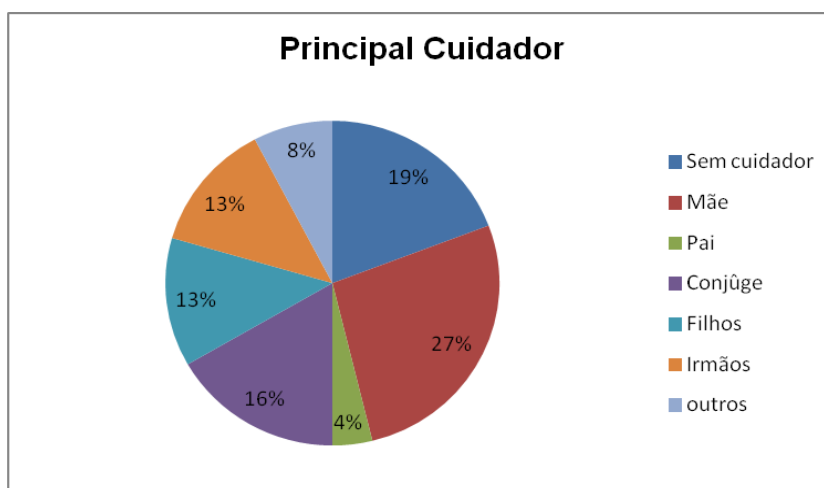


Gráfico 10: Distribuição de utentes referenciados ao Pro-Actus por principal cuidador

5.9. Notação Social da Família

Através da aplicação da escala de Graffar verificamos que a maioria das famílias dos utentes referenciados ao Pro – Actus se posicionava na classe média baixa (36%) e na classe baixa (40%).

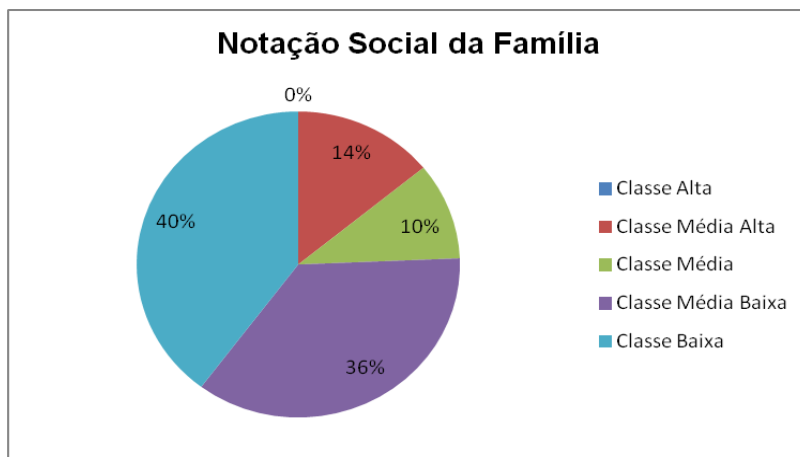


Gráfico 11: Distribuição de utentes/famílias referenciados ao Pro-Actus por posição social

5.10. Diagnósticos Psiquiátricos

A maioria dos utentes apresentava como diagnóstico psiquiátrico psicoses esquizofrénicas (37%), seguindo-se a psicose afectiva (27%).

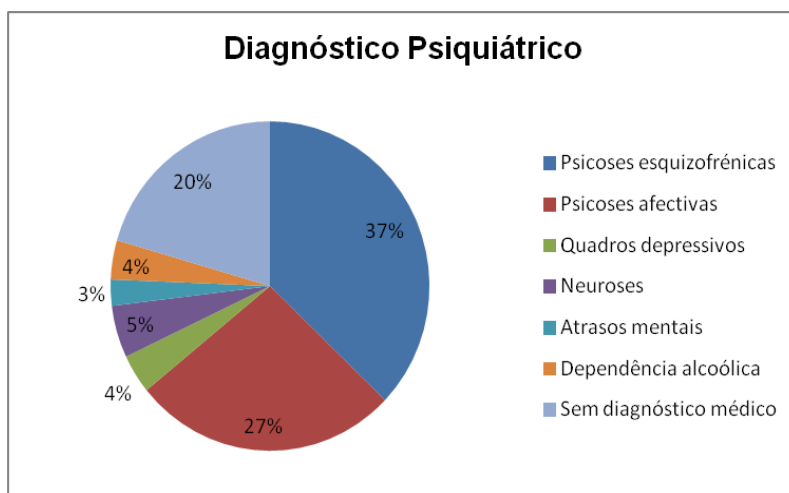


Gráfico 12: Distribuição de utentes referenciados ao Pro-Actus por diagnóstico psiquiátrico

5.11. 1º Contacto com a Psiquiatria

Dos utentes referenciados apenas em 16% das situações se tratou do primeiro contacto com o serviço de psiquiatria, ou seja, aquando da sua referência ao projecto nunca tinham tido contacto com cuidados de psiquiatria e saúde mental.

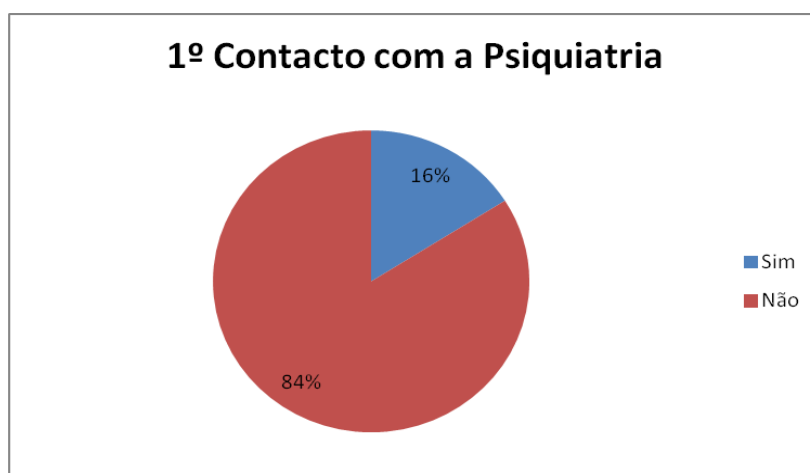


Gráfico 13: Distribuição de utentes referenciados ao Pro-Actus por 1º contacto com o serviço de psiquiatria

5.12. Número de internamentos por utente

Na análise do número de internamentos por utente verificamos que a grande maioria (59%) nunca teve internamentos em num serviço de psiquiatria.

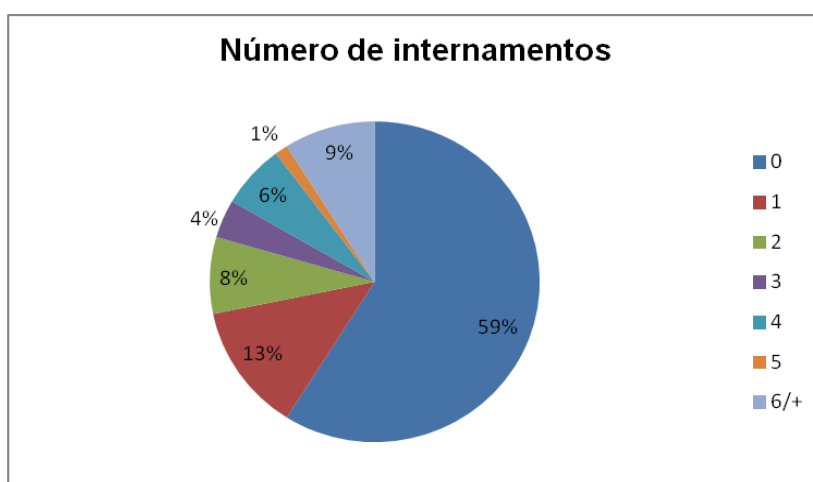


Gráfico 14: Distribuição de utentes referenciados ao Pro-Actus por número de internamentos

A propósito dos elementos facultados pelo gráfico do 1º contacto com o serviço de psiquiatria e do número de verifica-se que apesar de maioria dos utentes (84%), referenciados ao Pro-Actus, já terem tido contacto com os cuidados de saúde mental e psiquiátricos apenas 41% tiveram internamentos em serviços de psiquiatria. Esta questão, em nosso entender, relaciona-se com o facto de, na maioria das situações, os utentes não reconhecerem a sua situação de doença o que implica que em necessária situação de internamento este tem de assumir um carácter compulsivo, o que determina a existência de um conjunto de critérios clínicos específicos.

6. SINOPSE DOS ESTUDOS DE CASO

Caso ERF

Mulher de 63 anos, natural de Lisboa, 3ª filha de uma fratria de sete irmãos, residente na freguesia de Odivelas, menos de quatro anos de escolaridade, sabe ler e escrever, desempenhou actividade profissional na área da venda ambulante, viúva há cerca de dez anos, reside com o seu único filho. Reformada por invalidez (393€/mês). Tem como diagnóstico médico de psicose.

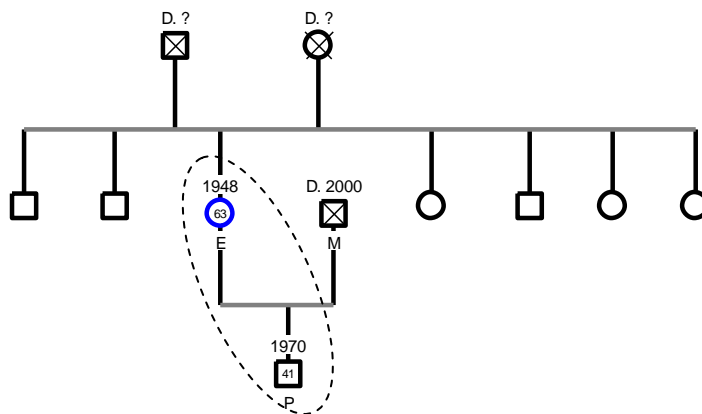


Figura 3: Genograma ERF

Referenciada ao Pro-Actus pela Consulta Externa da UCCPO na qual é seguida há vários anos. Em 2004 abandona o projecto terapêutico, sendo necessária realização de visitas domiciliárias devido ao agravamento do seu estado de saúde. É referenciada ao projecto na sequência deste abandono do projecto terapêutico agudizado pela situação de isolamento social, em Março de 2010.

Segundo relato dos familiares a utente começou a apresentar alterações de comportamento após o nascimento do filho, nesta sequência começa a ser seguida em psiquiatria, com vários internamentos. A sua situação tem vindo a deteriorar-se (maior dificuldade de adesão

à terapêutica e recusa em sair do domicílio, apenas sai de casa para tomar o pequeno almoço num café próximo). Apenas mantém contacto esporádico e pontual com uma das irmãs. Recebe serviço de apoio domiciliário (alimentação) de IPSS local.

Ecomapa:

Março 2010 – Utente passa a ser acompanhada pela equipa do projecto. Realização da primeira visita domiciliária, pela equipa interdisciplinar, para avaliação diagnóstica.

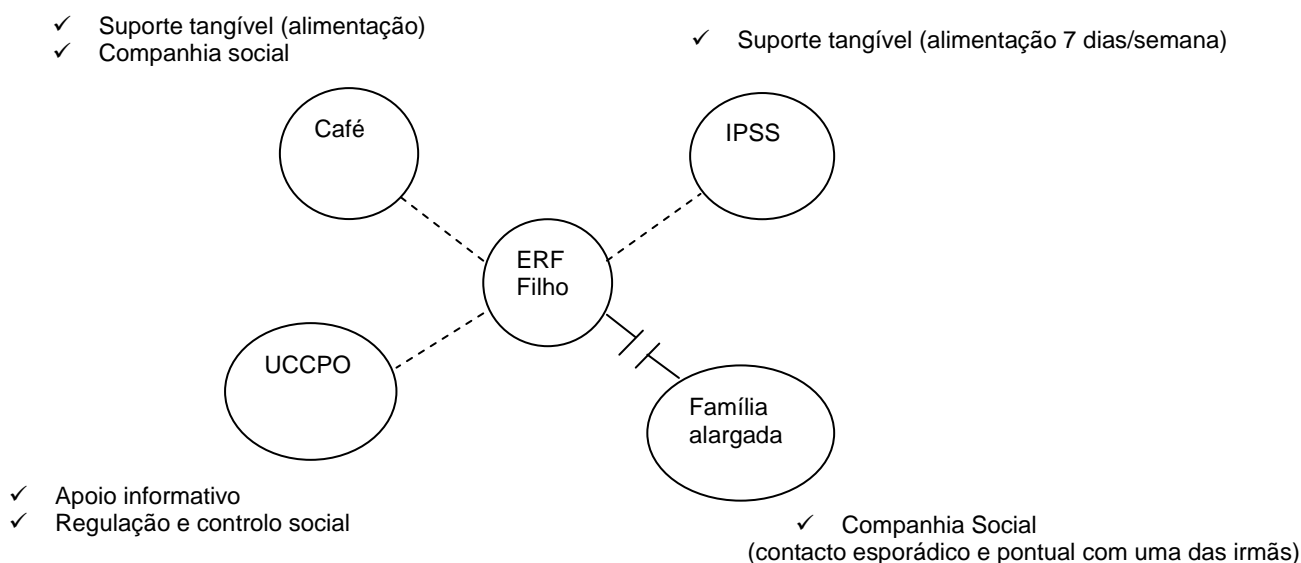


Figura 4: Ecomapa ERF – Março 2010

Intervenção, enquadrada na equipa interdisciplinar, assente no estabelecimento de uma relação de ajuda e no trabalho em rede.

Dezembro 2010 – utente seguida há 9 meses pela equipa do projecto, com visitas domiciliárias regulares (estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas ao longo da intervenção).

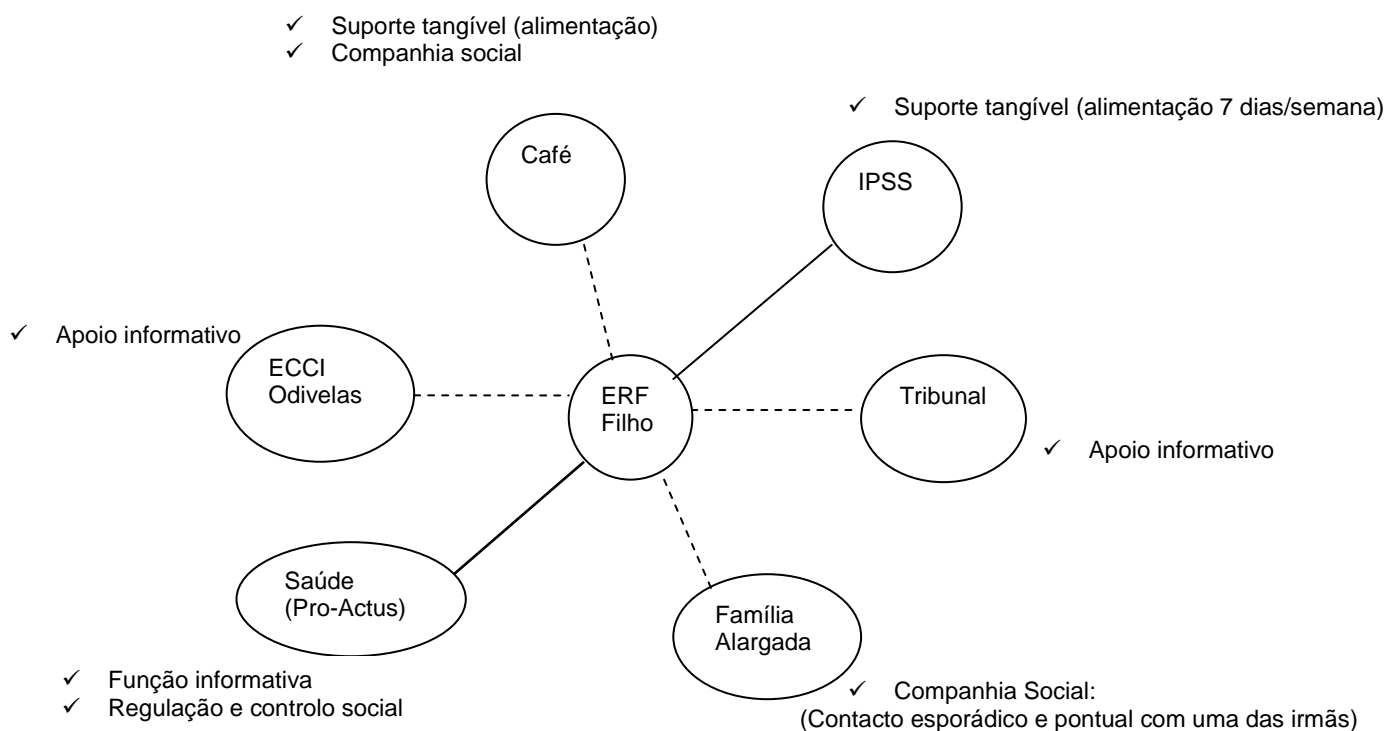


Figura 5: Ecomapa ERF - Dezembro 2010

No final de nove meses de intervenção foi possível estabelecer uma relação ajuda com a utente. Inicialmente recusava a presença dos técnicos no domicílio recusando estabelecer contacto, progressivamente foi aceitando a intervenção técnica referindo inclusive que gostava de receber as suas visitas. Aceita terapêutica *per os*, fazendo a medicação com supervisão do filho.

Caso EAC

Homem de 40 anos, natural de Lisboa, residente na freguesia de Famões, filho único reside com a mãe. Divorciado com um filho de 14 anos com o qual não mantém contacto. Frequentou o 1º ano do curso de licenciatura em engenharia informática, nunca desempenhou nenhuma actividade profissional. Reformado por invalidez (246€/mês). Tem diagnóstico médico de psicose.

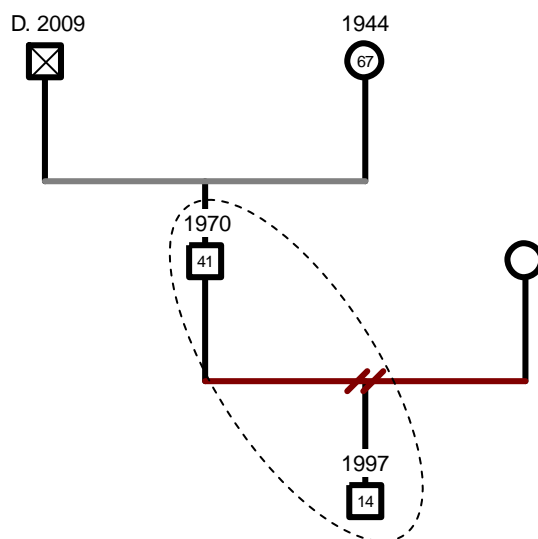


Figura 6: Genograma EAC

Segundo relato da mãe adoeceu na altura em que frequentava o ensino universitário e na sequência da separação da mãe do seu filho. Foi referenciado ao Pro-Actus pela consulta externa da UCCPO na qual é seguido desde 1996. Sempre apresentou grande dificuldade de adesão ao projecto terapêutico, foi, inclusive, tentada a sua integração na Área de Dia mas o utente nunca aderiu.

Ecomapa:

Março 2010 – Utente passa a ser acompanhado pela equipa do Pro-Actus. Realizada primeira intervenção em contexto domiciliário, pela equipa interdisciplinar, para avaliação diagnóstica.

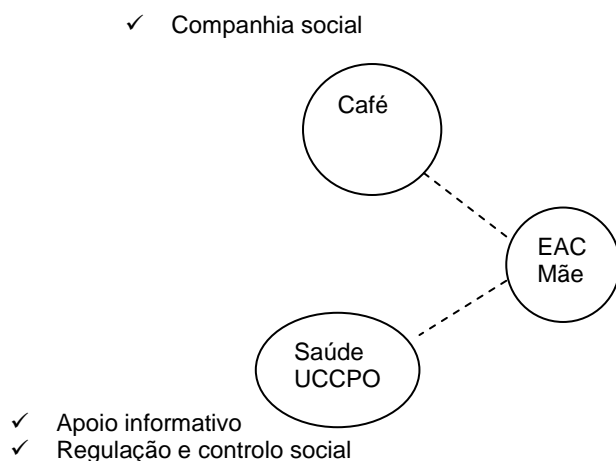
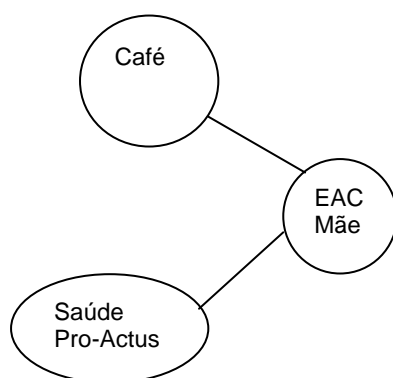


Figura 7: Ecomapa EAC - Março 2010

Intervenção, enquadrada na equipa interdisciplinar, assente no estabelecimento de uma relação de ajuda e no trabalho em rede.

Dezembro 2010 – utente seguido há 9 meses pela equipa do projecto, com visitas domiciliárias regulares (estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas ao longo da intervenção).

✓ Companhia social
(sai com maior frequência, ↗ relações sociais)



✓ Função informativa
✓ Regulação e controlo social

Figura 8: Ecomapa EAC - Dezembro 2010

Caso JMH

Homem de 41 anos, natural de Moçambique, a viver em Portugal desde os 17 anos. Filho único a mãe faleceu em 2008 e o pai foi recentemente integrado em lar. Reside só em habitação própria na freguesia de Odivelas. Frequentou o 2º ano do curso de licenciatura em engenharia. Nunca desempenhou actividade profissional. Reformado por invalidez (206€/mês). Tem diagnóstico médico de psicose.

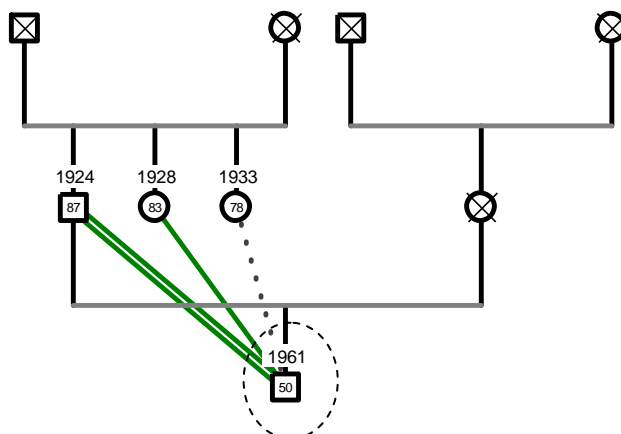


Figura 9: Genograma JMH

Referenciado ao Pro-Actus em Março de 2010, pela consulta externa da UCCPO na qual é seguido há vários anos, sempre com grande dificuldade de adesão ao projecto terapêutico, situação agravada pela morte da mãe. Aquando da saída do pai de casa (integração em lar) a sua situação de vulnerabilidade acentua-se. Apenas mantém contacto regular com uma tia paterna que lhe presta apoio ao nível da gestão doméstica.

Ecomapa:

Março 2010 - Utente passa a ser acompanhado pela equipa do projecto. Realização da primeira visita domiciliária, pela equipa interdisciplinar, para avaliação diagnóstica.

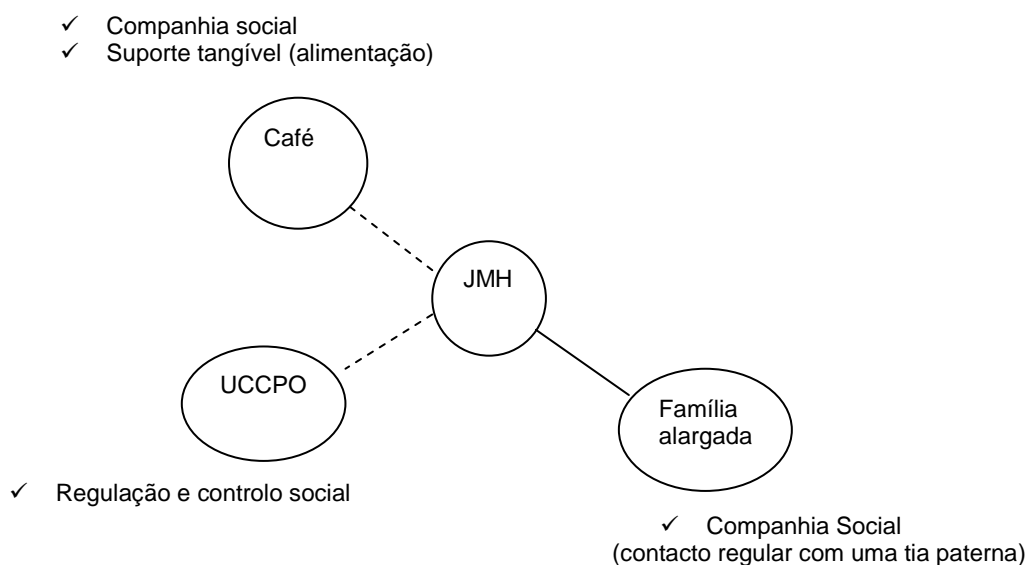


Figura 10: Ecomapa JMH - Março 2010

Intervenção, enquadrada na equipa interdisciplinar, assente no estabelecimento de uma relação de ajuda e no trabalho em rede.

Dezembro 2010 - utente seguida há 9 meses pela equipa do projecto, com visitas domiciliárias regulares (estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas ao longo da intervenção).

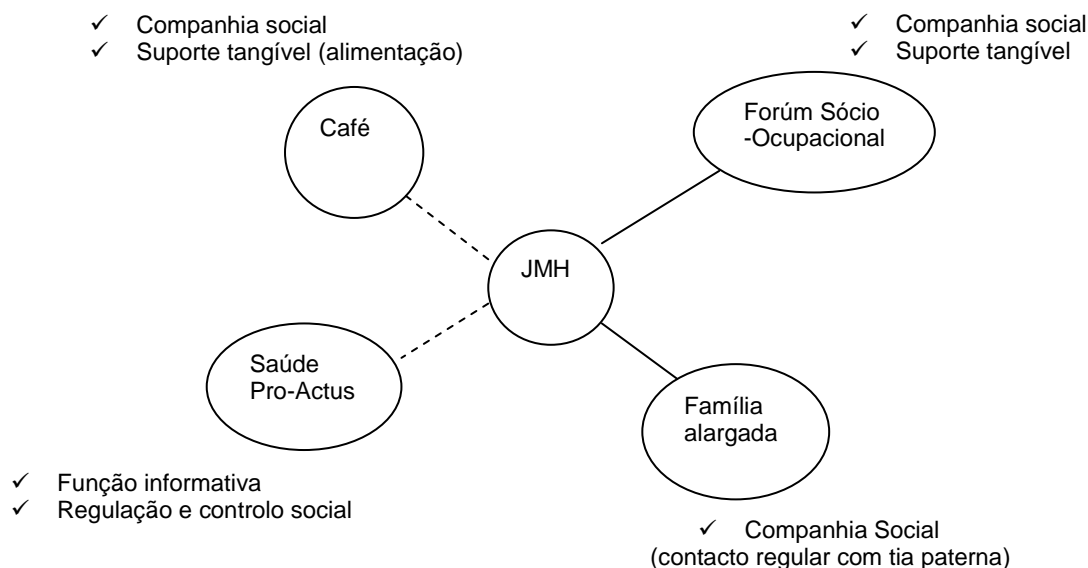


Figura 11: Ecomapa JMH - Dezembro 2010

Caso SLC

Mulher de 36 anos, 2ª filha de uma fratria de três irmãos. Reside com os dois irmãos e com a mãe na freguesia da Ramada. A mãe tem uma demência encontrando-se actualmente dependente nas actividades de vida diária. Licenciada em Economia. Desempenhou diversas actividades profissionais (trabalhos esporádicos e de curta duração). Actualmente desempregada, os rendimentos do agregado familiar provêm da reforma da mãe e da actividade profissional da irmã mais nova. Tem diagnóstico médico de psicose.

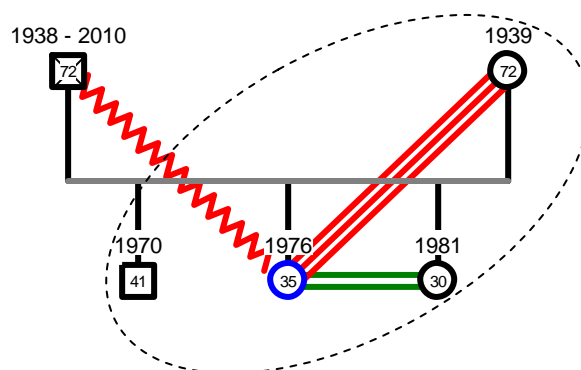


Figura 12: Genograma SLC

Referenciada ao Pro-Actus, em Março 2010, pela consulta externa da UCCPO na qual é seguida. Dificuldade em aderir ao projecto terapêutico. O irmão mais velho é, também, seguido na unidade. A mãe encontrar-se dependente devido a doença neurológica.

Ecomapa:

Março 2010 – Utente passa a ser acompanhada pela equipa do projecto. Realização da primeira visita domiciliária, pela equipa interdisciplinar, para avaliação diagnóstica.

Intervenção direccionada à família com a identificação de várias necessidades e recursos a mobilizar.

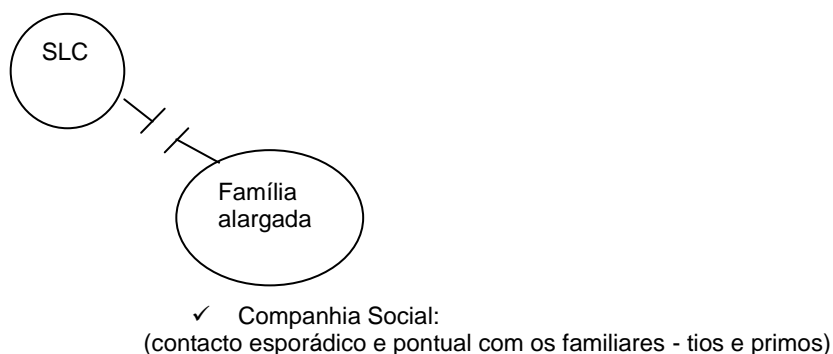


Figura 13: Ecomapa SLC - Março 2010

Intervenção, enquadrada na equipa interdisciplinar, assente no estabelecimento de uma relação de ajuda e no trabalho em rede.

Dezembro 2010 – utente seguida há 9 meses pela equipa do projecto, com visitas domiciliárias regulares (estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas ao longo da intervenção).

✓ A mãe começa a ser acompanhada pela ECCI

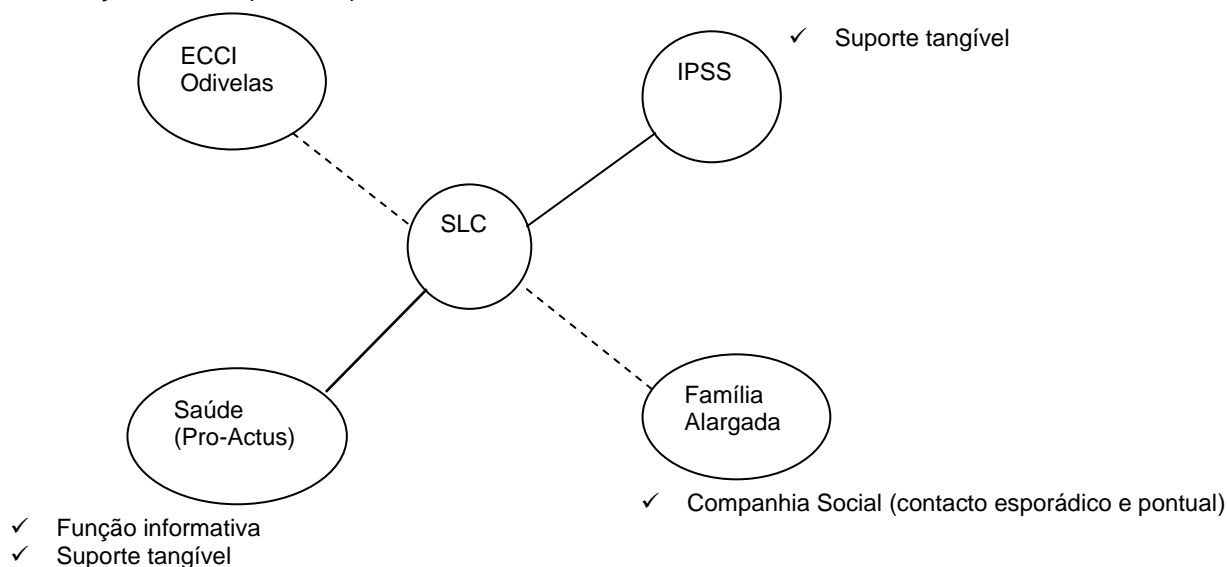


Figura 14: Ecomapa SLC - Dezembro 2010

Caso PJP

Homem de 40 anos, 1º filho de uma fratria de 3 irmãos. Reside na freguesia de Famões com o pai. Mãe faleceu em 2008, no Hospital Júlio de Matos, onde esteve integrada durante 16 anos. Possui, como habilitações literárias o 7º ano. Desempenhou actividade profissional como vigilante, distribuidor e repositor de uma rede de supermercados. Não exerce actividade profissional desde 2004. Foi beneficiário do Rendimento Social de Inserção tendo posteriormente requerido pensão de invalidez, processo que foi deferido (238€/mês). Tem diagnóstico médico de psicose.

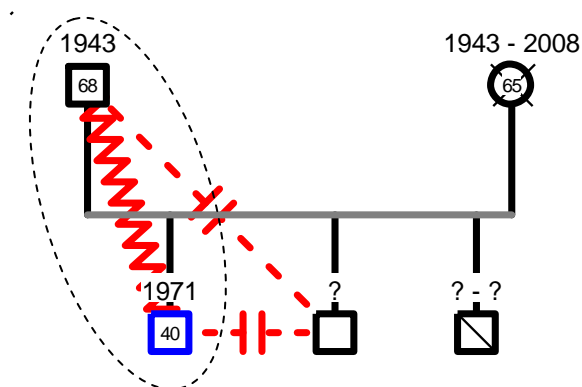


Figura 15: Genograma PJP

Referenciado ao Pro-Actus, em Março de 2010, por dificuldade de adesão ao projecto terapêutico. Recebe apoio de IPSS local ao nível da alimentação.

Ecomapa:

Março 2010 – Utente passa a ser acompanhado pela equipa do projecto. Realização da primeira visita domiciliária (enfermeira e assistente social) para avaliação diagnóstica.

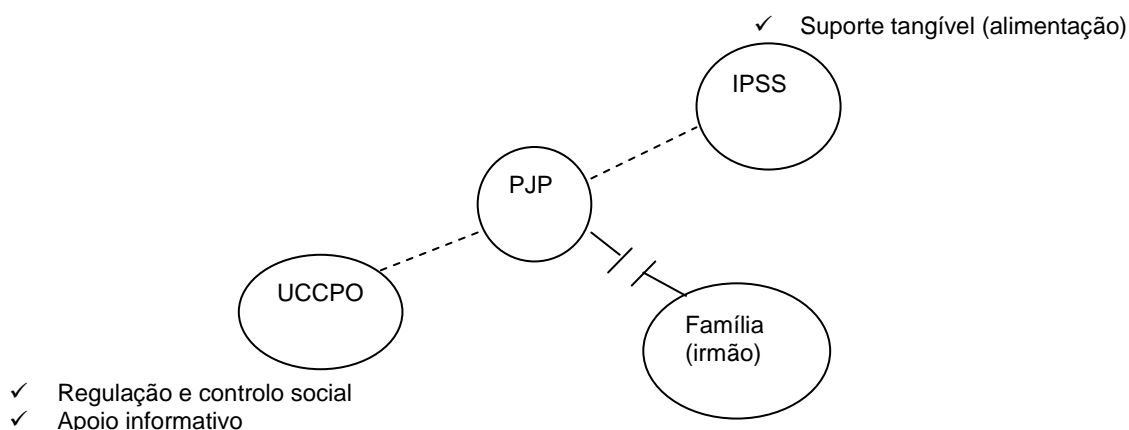


Figura 16: Ecomapa PJP - Março 2010

Intervenção, enquadrada na equipa interdisciplinar, assente no estabelecimento de uma relação de ajuda e no trabalho em rede.

Dezembro 2010 – utente seguido há 9 meses pela equipa do projecto, com visitas domiciliárias regulares (estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas ao longo da intervenção)

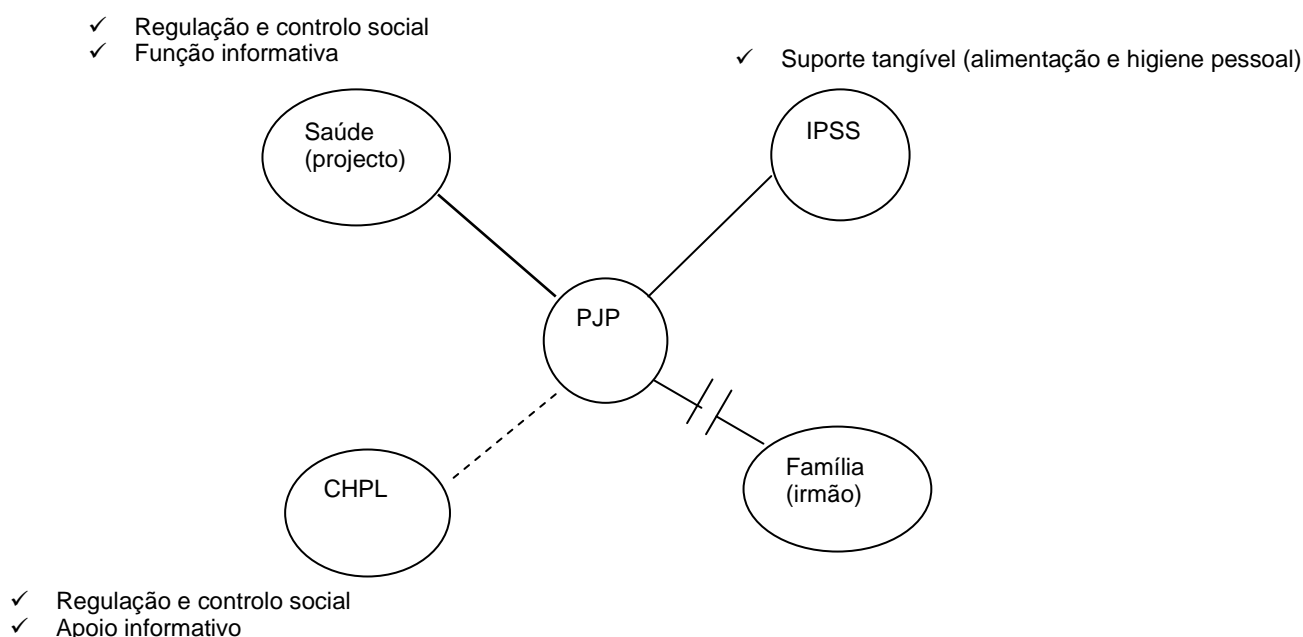


Figura 17: Ecomapa PJP - Dezembro 2010

7. REDE DE SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE

7.1. Aspectos gerais

Os casos estudados e apresentados, que reflectem nove meses de intervenção (correspondentes ao início e fim do trabalho de campo) possibilitam-nos uma análise e reflexão sobre a intervenção no âmbito da rede de suporte social.

Numa análise comparativa dos ecomapas elaborados verificam-se modificações quer ao nível da mobilização de novos elementos de suporte quer ao nível do reforço dos vínculos relacionais, o que permitiu uma complementaridade das funções desempenhas pela rede,

possibilitando, desta forma, o desenvolvimento de estratégias efectivas que acabaram por ter repercussões, como o reforço afectivo, a companhia social, o acesso a novos contactos, a ajuda material, ..., no contexto pessoal/familiar. Nesta sequência a possibilidade de introduzir na rede de suporte elementos que desempenham funções promotoras de respostas adequadas e direccionadas às necessidades identificadas acaba por se configurar como uma intervenção holística direccionada à própria família, dado que a prestação de cuidados a estes utentes é sobretudo assegurada pelos familiares, normalmente a mãe, como verificado na caracterização da população, despoletando situações de sobrecarga familiar.

Esta reconfiguração da figura dos ecomapas foi possível, em nosso entender, pelo estabelecimento de uma relação de ajuda com utentes/famílias e pela articulação e partilha efectiva com as estruturas comunitárias, enquadradas num plano de intervenção estruturado a partir do contexto do utente, o que possibilitou, em última análise, estratégias co-partilhadas de adesão e manutenção do projecto terapêutico. É aqui que se configura uma área privilegiada da intervenção social baseada na metodologia do trabalho em rede, questão a abordar mais à frente neste trabalho.

As redes sociais desempenham um papel fundamental na saúde dos indivíduos. Segundo Sluzki (1996, citado por Fazenda, 2008) a presença de familiares ou amigos próximos reduz as situações potenciadoras de tensão, contribui para dar um sentido mais consistente à vida dos indivíduos, o que estimula a prevenção e a manutenção da saúde, e favorece comportamentos correctivos em relação à saúde e actividades saudáveis.

No âmbito da intervenção em saúde mental e psiquiatria a rede social é equacionada como fonte de suporte social no projecto terapêutico estabelecido. A mobilização da rede social do indivíduo traduz-se numa estratégia de co-configuração de recursos impulsionadores de melhoria de qualidade de vida e bem-estar, a partilha da prestação de cuidados e a envolvência da rede social na sua efectivação reforça a importância dos vínculos sociais e da intervenção em rede. No entanto, importa esclarecer que a identificação de uma rede social não significa, *a priori*, a existência de suporte social, aliás as redes sociais podem assumir-se como redes inócuas, dependendo da sua natureza e composição, não protegendo os seus membros das situações de vulnerabilidade social (Guadalupe, 2010).

Como já considerado, na primeira parte deste trabalho, a rede de suporte social apresenta diversas características, sendo consensual a sua análise em termos estruturais e funcionais.

Seguindo a proposta de Guadalupe (2010), baseamos na análise de suporte social e das redes sociais de Barrón (1996) e Sluzki (1996), respectivamente. Importa clarificar que enquanto o estudo de Sluzki se debruça sobre a análise das redes sociais focando as características estruturais, as funções dos vínculos e as características ou atributos do vínculo relacional, Barrón direcciona-se exclusivamente ao estudo do apoio social, organizando a sua análise na perspectiva estrutural, funcional e contextual. Vicente Chambo, que também apresenta um contributo importante nesta temática, operacionaliza as características das redes e do suporte social na perspectiva estrutural (parâmetros estruturais e interaccionais) e funcional (emocional, informacional e material). Guadalupe (2010), propõe-nos uma sistematização resultante do cruzamento do contributo teórico destes autores, com a qual nos identificamos e que servirá de referencial teórico no diagnóstico da rede de suporte social dos casos em estudo.

Dimensão	Características
Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> • Composição da rede • Distribuição da rede por quadrantes • Tamanho da rede e dos quadrantes • Densidade da rede
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Funções genéricas de suporte social (suporte emocional, tangível e informativo) • Funções específicas de suporte social (companhia social, acesso a recursos e vínculos e regulação social) • Outras características funcionais do suporte social
Relacional e Contextual	<ul style="list-style-type: none"> • Características sócio-demográficas • Homogeneidade/heterogeneidade da rede • Intensidade e compromisso relacional • Duração e história da relação • Fontes de stress e conflitualidade • Dispersão • Frequência de contactos

Fonte: Guadalupe, 2010, p.74

De acordo com o quadro acima apresentado, a dimensão estrutural refere-se à organização da teia relacional, a dimensão funcional às trocas e necessidades funcionais e a dimensão relacional e contextual inscreve as relações no seu contexto específico, embora estejamos sempre ao nível relacional. Conjugando estas dimensões é possível proceder a uma análise holística e integrada das redes de suporte social, no caso deste estudo, de pessoas com

doença mental grave a residir na comunidade. Para esta análise não é necessário avaliar exaustivamente todas as características associadas a estas dimensões uma vez que muitas delas estão correlacionadas entre si.

Passaremos, neste ponto, à análise da rede de suporte social dos cinco casos anteriormente apresentados (sinopse dos casos estudados). Esta análise encontra-se subdividida nas dimensões anteriormente identificadas: dimensão estrutural, dimensão funcional e dimensão relacional e contextual.

7.2. Dimensão Estrutural

No estudo da dimensão estrutural as variáveis identificadas referem-se à composição, distribuição, tamanho e densidade da rede de suporte social.

A composição da rede é diversas vezes mencionada como um elemento que define o tipo de rede social. Sluzki (1997) refere que esta dimensão assenta em quatro quadrantes: a família, as amizades, as relações laborais e as relações comunitárias (de serviços ou religiosas). A visualização da composição da rede permite-nos aferir o número de elementos em determinado quadrante e tipificá-la como rede familiar, de amizade, de vizinhança ou mista. Utilizando a distribuição da rede por quadrantes é possível apurar a proporção ocupada pelos membros que a compõem, possibilitando um diagnóstico do nível de concentração da rede e mostrando-nos se a mesma é muito localizada num determinado quadrante ou está distribuída. Em termos teóricos defende-se que quando a rede está muito concentrada num quadrante, por exemplo na família, esta tende a ser menos flexível e menos efectiva, fazendo com que os seus membros tenham menos recursos, que estejam muito dependentes entre si e que se sobrecarregue sempre os mesmos elementos.

Uma outra variável mencionada na dimensão estrutural é o tamanho da rede que se traduz no número de sujeitos que mantêm contacto pessoal com o indivíduo central. Assim, podemos classificar a rede pessoal social como mínima, média ou muito numerosa, delimitando a rede através dos contactos significativos ou frequentes. As redes mínimas tendem a ser pouco eficazes em situações de vulnerabilidade levando os membros a evitarem o contacto para também evitarem ficar sobrecarregados. Alguns autores apontam para um número médio dos elementos que compõe a rede, considerando-se que, do ponto de vista funcional, oscila entre os 15 e os 100 membros (Speck & Attneave, 1990, citados por Guadalupe, 2010).

A interconexão entre os elementos da rede determina a sua densidade e a sua consequente tipificação de rede coesa, dispersa ou fragmentada. A rede coesa corresponde à imagem de uma família alargada típica do meio rural, composta por um grande grupo onde toda a gente se conhece. As vantagens deste tipo de rede baseiam-se no potencial de apoio emocional e na rápida mobilização de recursos para satisfação das necessidades. Devido ao alto nível de densidade há uma grande influência e controlo exercido pelos membros da rede, trata-se de uma rede fechada sobre si mesma com pouca abertura ao exterior, não permitindo mudanças ao nível das normas de comportamento, factos que constitui uma desvantagem. A rede fragmentada é composta por subgrupos com independência entre si, muitas vezes situados nos diversos quadrantes da rede. O contacto entre estes elementos é pouco frequente e a conexão entre eles é rara, muitas vezes não se conhecendo entre si. Este tipo de rede pode adaptar-se melhor ao meio urbano dado a sua flexibilidade e diversidade de recursos. Por fim, a rede dispersa é um tipo de rede pouco interligada e que se desorganiza quando falta a pessoa central, a sua manutenção passa pelos contactos frequentes com os diversos núcleos, havendo risco de ruptura quando estes não são activados (Guadalupe, 2010).

Partindo dos casos estudados, que reflectem uma população específica: pessoas com doença mental grave a residir na comunidade e que não aderem ao projecto terapêutico, verificamos que a rede de suporte social dos indivíduos estudados, ao nível da sua composição e distribuição, é tipicamente familiar, ou seja, na distribuição dos elementos da rede por quadrantes (ver figura 18) aquele que apresenta, em termos proporcionais, um maior número de elementos é o da família, em nenhum dos cinco casos analisados se registam elementos no quadrante das relações de trabalho ou estudo. Ao nível do tamanho podemos classificar a rede como mínima uma vez que o número de elementos que a compõem é diminuto (entre três a cinco elementos), analisando a conexão entre os diversos membros da rede verificamos a existência de redes pouco interligadas em que a sua manutenção exige a activação dos seus membros para se evitar ruptura relacional com o elemento central.

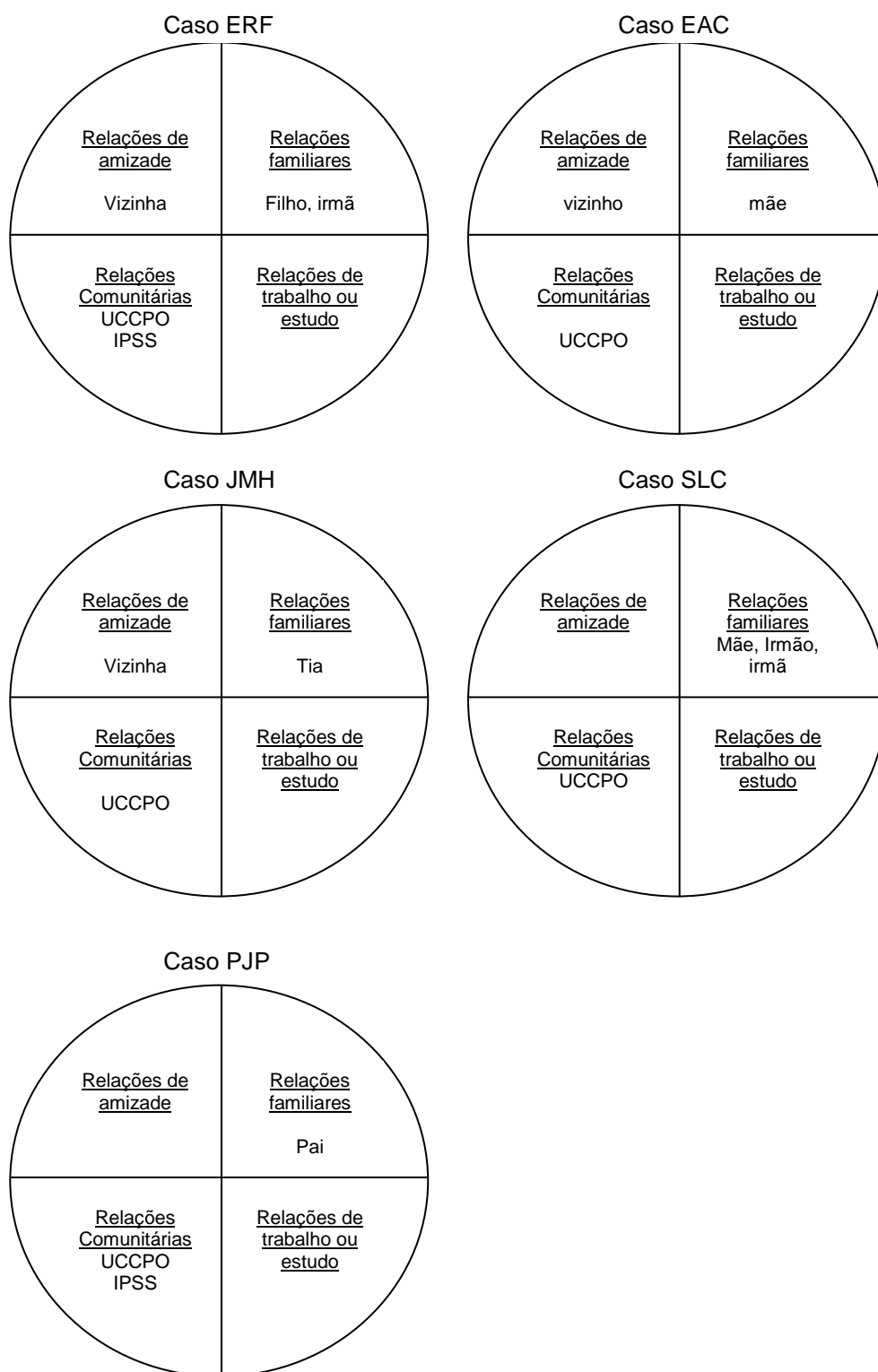


Figura 18: Distribuição dos elementos de suporte por quadrante

Em suma, em termos estruturais, a rede de suporte social destes indivíduos é familiar, estando aqui localizados a maioria dos elementos de suporte, mínima e dispersa o se que traduz, de acordo referenciais teóricos e cruzando estas dimensões, numa rede pouco

flexível e menos efectiva, com recursos limitados e dependentes entre si que causam sobrecarga dos elementos, são redes pouco eficazes em situações de vulnerabilidade e com uma interacção mínima entre os seus componentes.

7.3.Dimensão Funcional

A rede social desempenha, individualmente ou em grupo, um conjunto de funções, considerando-se função da rede o intercâmbio interpessoal dominante entre os seus membros. Segundo Wellman (1982, citado por Guadalupe 2010) as funções primordiais da rede são o apoio emocional, a socialização e a troca de serviços, este tipo de apoio corresponde, de acordo com o autor, a 80% das trocas operadas pela rede social. A rede de suporte social envolve transacções interpessoais e engloba um conjunto de apoios específicos que são prestados por indivíduos ou instituições, encerra em si um conjunto de comportamentos, funções e acções que a caracterizam e assume uma finalidade específica que representa um potencial de apoio ao indivíduo.

As funções desempenhadas pela rede podem ser agrupadas em funções genéricas, nas quais incluímos o apoio social, o suporte tangível e o apoio informativo e em funções específicas referentes à companhia social, à função informativa e à regulação e controlo social.

Nas funções genéricas incluímos o apoio social que comporta a troca de atitudes emocionais positivas e um ambiente de compreensão e empatia, geralmente esta função encontra-se ao nível das relações familiares e de amizade. O suporte tangível (material ou instrumental) compreende a ajuda nas tarefas domésticas e noutras actividades de vida diária, refere-se a acções e ajudas materiais que, quando proporcionadas por outrem, facilitam as tarefas quotidianas e aliviam a sobrecarga do indivíduo. Esta função é fundamental sobretudo em determinadas fases do ciclo de vital ou em contextos sociais específicos, mas para que este apoio seja efectivo tem de ser percebido como necessário e aceite voluntariamente, caso contrário poderá ele próprio constituir-se como um factor de stress não cumprindo a sua função de suporte. O apoio informativo (aconselhamento de acordo com a terminologia de Sluzki) abarca conselhos e orientações que permitem o estabelecimento de interacções que têm como objectivo a partilha de informações entre os membros da rede e que permitem equacionar outras estratégias, esta troca reforça as relações de confiança.

Quando estas três funções de suporte social são desempenhadas no contexto das relações institucionais, ou seja, por elementos da rede ligados a instituições e serviços assumem um carácter distinto, a que Sluzki designa de apoio técnico ou de serviços, uma vez que assenta no conhecimento e na intervenção técnica (Guadalupe, 2010).

Nas funções específicas identificamos a função de companhia social que configura a realização de actividades conjuntas podendo, inclusive, pautar-se apenas pela coexistência lado a lado, esta função assume uma importância crucial na população com doença mental grave devido às situações de isolamento social. A função informativa (acesso a novos contactos segundo Sluzki) permite o acesso a novos recursos e vínculos, poderá mobilizar pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social pessoal do indivíduo. Muitas vezes a relação de ajuda passa pela activação de novos contactos que se apresentam como uma possibilidade de aumento da rede de suporte. A outra função específica da rede é a função de regulação e controlo social e reporta-se à reafirmação de responsabilidades, normas e papeis, esta permite a neutralização de desvios comportamentais favorecendo, por uma lado, a socialização entre os indivíduos mas, por outro, poderá ser geradora de situações de exclusão social aquando do desvio. Numa perspectiva macrosocial esta função pode ser entendida como adaptativa e normalizadora (Sluzki, 1997).

Ao nível dos casos estudados averiguamos que as funções genéricas da rede são desempenhadas, sobretudo, pela família e por instituições/serviços. A função de apoio social é normalmente cumprida pelas relações familiares e de amizade, uma vez que comporta vínculos afectivos, embora esta função, elação do estudo efectuado, esteja muito dissipada no âmbito da interacção devido, em grande parte, à sobrecarga familiar e à dificuldade em encontrar espaços de partilha e de efectivo apoio emocional. Na função de suporte tangível (apoio material e instrumental) temos referência à família e à rede de vizinhança mas também às instituições locais, nomeadamente através do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), e na função de apoio informativo é sobretudo mencionado o apoio das instituições, ou seja, o apoio técnico especializado. Estas funções correspondem, de acordo com os autores, às funções primordiais da rede de suporte social.

No que se refere às funções específicas (apoio específico) aferimos que a função de companhia social é cumprida pelas relações familiares e de amizade e a função de regulação e controlo social aparece ligada à família e aos serviços, nomeadamente os de saúde. A função de apoio informativo (activação de novos contacto) merece especial esclarecimento uma vez que aquando da avaliação inicial dos casos estudados, verificou-se

que esta função não estava a ser cumprida de forma efectiva pelos elementos da rede, assim apresentou-se, no âmbito do projecto, como que uma área privilegiada da intervenção possibilitando a mobilização de recursos e de outros elementos de suporte. Importa referir que esta não é função exclusiva do projecto sendo desempenhada outras funções de acordo com as especificidades da situação, do contexto e do momento de intervenção.

As redes primárias⁴ podem assumir todas as funções identificadas, já o mesmo não é válido no caso das redes secundárias⁵, nomeadamente a função de apoio emocional, tal como refere Barrón. As redes secundárias não conseguem, na relação com o indivíduo, substituir o quadro referencial das redes primárias (redes sociais pessoais).

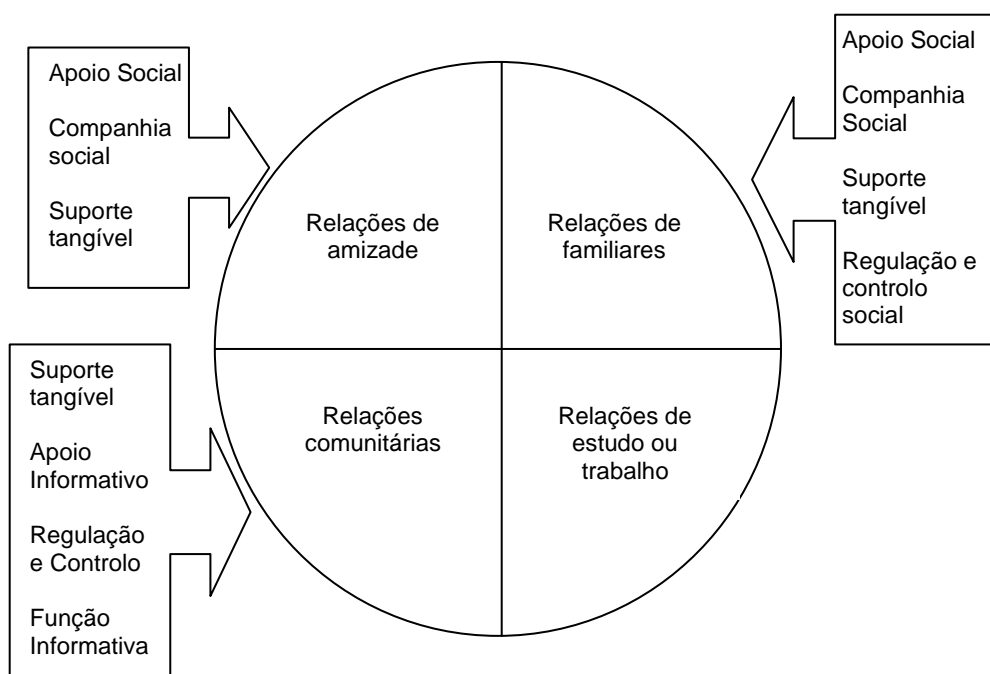


Figura 19: Distribuição das funções da rede por quadrante

7.4. Dimensão relacional e contextual

Nesta dimensão são consideradas propriedades específicas da relação e do contexto da interacção. As particularidades sociodemográficas e culturais dos elementos que compõe a rede social e a caracterização das fontes de suporte é determinante para avaliar a efectividade e adequação do apoio prestado. A semelhança ou a diferença entre os

⁴ Entende-se por rede primária "os indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional"

⁵ As redes secundárias correspondem ao conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucionalizado" (Lacroix, 1990, citado por Guadalupe, 2001:2). As redes secundárias podem ser, de acordo com o seu grau de estruturação, formais ou informais.

membros da rede, ao nível das atitudes, experiência e valores, determinam a sua homogeneidade ou heterogeneidade. A intensidade e o compromisso relacional constituem-se como atributos específicos que determinam a durabilidade da relação e das experiências partilhadas.

Em síntese, o padrão identificado de rede de suporte social é tipicamente familiar, sendo neste quadrante que se localiza a maioria dos elementos de suporte, mínima e dispersa em que as funções são sobretudo cumpridas pelas relações familiares, embora se identifique, também, estruturas comunitárias que cumprem funções, nomeadamente, ao nível do suporte tangível (ajuda material e de serviços) e do apoio informativo. Esta percepção remete-nos para a necessidade de uma intervenção no e com o contexto do indivíduo/família considerando todos os elementos de referência, ou seja, todos os sistemas com os quais se interrelaciona e que, através dos vínculos relacionais, influenciam as situações de saúde/doença.

7.5. Metodologias de intervenção

No âmbito do projecto Pro-Actus a intervenção ao nível da rede de suporte social, enquadrada no trabalho em equipa interdisciplinar, consubstancia-se no desenvolvimento de laços de interdependência entre os elementos da rede primária (família, amigos e vizinhos) que, através dos vínculos relacionais, podem contribuir para a diminuição das situações de isolamento social e para o desenvolvimento de competências sociais. Ao nível das redes secundárias ganha a forma o trabalho em parceria que possibilita, em nosso entender, o acesso a novos contactos, função que não estava a ser cumprida nos casos analisados. Importa referir que a delineação do plano de intervenção partiu das necessidades e do contexto dos utentes/família - convergência de pedidos, reforçando o seu sentimento de participação activa, mecanismo facilitador da adesão e manutenção do projecto terapêutico.

A área da intervenção psicossocial foi das primeiras a equacionar o estudo e a importância das redes sociais no tratamento do indivíduo uma vez que se exige, cada vez mais, o reconhecimento “de que o ser humano deve ser considerado, não como uma entidade isolada, mas como um ser em interacção constante como meio físico e social de que ele faz parte” (Guédon, 1984, citado por Guadalupe, 2010, p. 114). Uma rede social deve ser construída e não meramente formalizada por imposição sem que os seus membros integrem a importância da sua constituição.

As situações de doença, como crise accidental no ciclo vital, potenciam a deterioração recíproca nos vínculos da rede de suporte social, sendo um acontecimento inscrito num ciclo de interações que associa doença e vulnerabilidade social. Sabemos que as redes sociais desempenham um papel fundamental na manutenção da saúde servindo como moderador no impacto de situações de risco. A doença tem um grande impacto na rede do indivíduo resultando efeitos negativos nas interações estabelecidas, de acordo com Sluzki (1996, citado por Guadalupe) a doença motiva um evitamento generalizado do relacionamento interpessoal. A situação de doença tende a diminuir a reciprocidade relacional e a impor uma sobrecarga de cuidados, no entanto esta pode também potenciar a formação de novas redes ou a inclusão de novos elementos na rede, nomeadamente, ao nível das relações com os serviços sociais e de saúde.

No âmbito da intervenção com pessoas com doença mental a residir na comunidade a avaliação da sua rede de suporte social e a sua consideração no projecto terapêutico é, como já vimos, de extrema importância. Desta forma, podemos identificar intervenções que criam novas redes sociais ou que potenciam a rede. As intervenções que criam a rede estão direccionadas para situações de isolamento social ou quando os vínculos existentes são considerados inadequados para o sujeito. Esta prática encaixa-se em situações de exclusão social associadas a doenças crónicas, velhice, emigração entre outras. Esta estratégia é levada a cabo pelas redes secundária e tem subjacente o objectivo de mobilizar fontes de suporte social, apostando no aumento do tamanho da rede, no estabelecimento de novos vínculos e na optimização dos serviços e instituições disponíveis.

As intervenções que potenciam a rede têm o intuito de aumentar a sua eficácia, no sentido de a tornar mais capaz de resolver autonomamente os problemas que surgem, direccionando-se para a activação de vínculos que foram quebrados. Adequam-se aqui as tipologias de situações do primeiro tipo de intervenção no entanto aqui os indivíduos não estão em situação de isolamento social (Guadalupe, 2001).

No âmbito deste projecto e verificando-se, como já abordado, que as pessoas referenciadas ao Pro-Actus apresentam situações de isolamento social importa considerar estratégias de intervenção que criem a rede de forma a mobilizar estruturas de suporte que prestem um apoio efectivo que, aliado ao estabelecimento de uma relação de ajuda, sustentem a adesão e continuidade do projecto terapêutico. A criação de rede de suporte social remete-nos para uma reflexão sobre a metodologia do trabalho em rede.

A abordagem metodológica do trabalho em rede conduz-nos a uma proposta de trabalho baseado no modelo sistémico. A teoria geral dos sistemas foi elaborada, na década de 40, por Ludwing Von Bertalanffy, propondo-nos que todos os organismos são sistemas, compostos por subsistemas que, por sua vez, fazem parte de super-sistemas. O autor utiliza conceitos como organização, totalidade organização dinâmica e inter-relação, conceptualizando o sistema como um conjunto de interacções entre elementos que têm uma história comum, estes elementos interactuam não só entre si mas também com o meio no qual estão inseridos. O sistema corresponde a uma totalidade resultante da interdependência dos seus elementos bem como em relação aos outros sistemas que os rodeiam (Oliveira, 2010).

No caso de pessoas com doença mental grave a residir na comunidade que não aderem ao projecto terapêutico o conjunto de vulnerabilidades associadas exigem que se equacione, na estruturação do plano de intervenção, todos os sistemas aos quais estes pertencem (escola, família, bairro onde reside). Esta necessidade torna-se ainda mais premente se considerarmos que, como visto anteriormente na análise dos casos estudados, os elementos com os quais estabelecem interacções e os sistemas aos quais pertencem são muito reduzidos, verificando-se redes de suporte social tipicamente familiares, mínimas e dispersas.

Este modelo encara o indivíduo como elemento de uma estrutura de relações, pressupondo que os indivíduos dependem dos sistemas nos quais estão inseridos para satisfazer as suas necessidades, no caso deste estudo consideramos que cada um dos elementos da rede social pode ser passível, através das interacções estabelecidas com o indivíduo central, de desempenhar funções de suporte (genéricas e específicas) essenciais para a criação de uma rede efectiva no âmbito da prestação de cuidados.

Cristina de Robertis (1994, citada por Oliveira, 2010) identifica quatro sistemas que importa considerar:

- Sistema cliente - pessoa, família, grupo, organização ou comunidade que apresenta uma situação problema que se constituem como campo de trabalho dos interventores sociais
- Sistema alvo – pessoa, família, grupo ou comunidade que de alguma forma, directa ou indirectamente, estão envolvidos com o sistema cliente e que desempenham, também, um papel importante na intervenção

- Sistema mudança – todos os parceiros envolvidos, desde os técnicos a outros elementos de referência
- Sistema acção - todos os parceiros a que o técnico recorre e que podem influenciar e contribuir ao nível da intervenção com o sistema cliente.

Assim, poderemos considerar que o nosso sistema-cliente é a população do projecto, o sistema alvo será as pessoas/estruturas de referência da pessoa, o sistema mudança poderá referir-se à própria rede de suporte social e o sistema acção é, em nosso entender, a própria equipa interdisciplinar do projecto que partilha e interliga os contributos de cada área disciplinar na estruturação do projecto terapêutico.

O contributo teórico de Bertalanffy orienta-nos para uma intervenção em que se procura identificar capacidades e recursos próprios das pessoas com doença mental grave, considerando os sistemas que se inter-relacionam com o indivíduo central e mobilizando-os numa interacção promotora de suporte que sustente a prestação de cuidados.

As técnicas em rede seguem uma estratégia operacional que assenta no princípio da parceria e no reconhecimento da complementaridade, estas estratégias têm de ser encontradas no contexto da pessoa de forma integrada e ajustada e envolvendo todas as pessoas/ estruturas de referência que se constituem como os nós de uma rede.

No âmbito da intervenção de saúde mental em contexto comunitário a criação de parcerias assume-se como um processo de envolvimento dos diferentes agentes locais, levando a uma acção concertada promotora de respostas eficazes e ajustadas. A dimensão da rede associa-se ao paradigma da parceria enquanto campo de actuação dos profissionais que trabalham na área da saúde mental pressupondo uma partilha de saberes e de responsabilidades no projecto terapêutico, considerando a pessoa/ família como um parceiro activo.

8. CONCLUSÕES

Nos últimos anos têm-se assistido a reformas significativas no âmbito das políticas de saúde mental advogando-se o modelo comunitário que se concretiza pela prestação de cuidados de proximidade no contexto da pessoa com doença mental. O conceito de comunidade está relacionado com o de participação e representa um símbolo para a integração e a possibilidade de ultrapassar o individualismo, através de formas de cooperação e solidariedade. Na área da saúde mental a perspectiva comunitária constitui-se como um princípio - basilar de um programa cujo objectivo é a envolvência da comunidade na prestação de cuidados à pessoa com doença mental. O modelo comunitário reforça a importância do desenvolvimento dos suportes pessoais e comunitários de forma a fortalecer as redes naturais às quais o indivíduo pertence e a identificar o potencial de suporte das estruturas comunitárias – rede de suporte social.

A doença mental caracteriza-se por alterações a diversos níveis, sendo condicionada por um conjunto de factores biológicos, psicológicos e sociais. Associada à doença mental (referimo-nos principalmente ao diagnóstico de psicose emergente na população em estudo), destacam-se, habitualmente, situações de dificuldade de reconhecimento da doença, de estabelecimento de relações e de isolamento social. De facto, a doença mental afecta não apenas o indivíduo mas toda a sua envolvente, ganhando uma dimensão complexa e multifactorial que exige respostas múltiplas e integradas, equacionadas a partir das necessidades e contexto dos utentes/famílias e unificadas num projecto terapêutico individualizado e negociado.

É ao nível do projecto terapêutico, do qual faz parte integrante a intervenção social, que se configura a importância da análise da rede de suporte, esta é um elemento que reflecte e é reflectido, numa sequência causa – efeito, nas situações de vulnerabilidade (física, emocional e social) associadas à doença mental. Esta análise da rede de suporte social ganha forma no âmbito do projecto Pro-Actus pela sua especificidade de intervenção. Destina-se a pessoas com doença mental grave, a residir na comunidade, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados, não conseguido, por isso, mobilizar recursos e meios para aceder aos cuidados de saúde. Foi a partir do Pro-Actus que se constituiu o trabalho de campo, decorrido entre Março e Dezembro de 2010, subjacente a este estudo.

No decorrer destes nove meses foram referenciados ao projecto 78 indivíduos: 41 mulheres e 37 homens. Através da caracterização social verificou-se uma igualdade na distribuição por faixas etárias, a maioria, dos utentes referenciados, são solteiros, portugueses, reformados, com menos de 4 anos de escolaridade, integrados em famílias monoparentais em que a principal cuidadora é a mãe. Na avaliação social da família apurou-se que maioritariamente se posicionam na classe média baixa e classe baixa. A rede de suporte social, avaliada a partir dos cinco estudos efectuados, é tipicamente familiar, mínima e dispersa em que as funções são sobretudo desempenhadas pelas relações familiares, o que se traduz em redes de suporte com recursos limitados em que os seus elementos estão dependentes entre si, tornando-as pouco eficazes em situações de vulnerabilidade.

Assim, situamos a intervenção numa dimensão que reforça laços de interdependência (reforço dos vínculos relacionais) das redes primárias e numa dimensão de trabalho em rede envolvendo as redes secundárias (estruturas comunitárias) na criação de parcerias, que se assumem como um processo de envolvimento dos diferentes agentes locais, levando a uma acção concertada promotora de respostas eficazes e mais ajustadas. A dimensão da rede associa-se ao paradigma da parceria enquanto campo de actuação dos profissionais que trabalham na área da saúde mental pressupondo uma partilha de saberes e de responsabilidades no projecto terapêutico e considerando a pessoa/ família como um parceiro activo.

Importa referir que o meu interesse pelo desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos nesta área científica surge na sequência da minha experiência profissional, num investimento continuado que afirma e dá sentido ao meu projecto profissional.

A intervenção social, neste contexto específico e integrada numa abordagem interdisciplinar, assume, em minha opinião, um papel preponderante, potenciando-se e potenciando abordagens que de uma forma não integrada ficariam aquém do pretendido. Acredito no indivíduo como um ser holístico, único, em interacção com os seus múltiplos sistemas, onde cada área da sua vida se influencia mutuamente criando necessidades complexas e interdependentes que exigem intervenções, também elas, complexas, interdependentes e concertadas. A criação de uma rede de suporte, baseada no trabalho em rede e parceria e envolvendo utente/família/estruturas comunitárias, pode, em minha opinião, constituir-se como instrumento fundamental na intervenção social em saúde mental.

Identifico-me com este trabalho de criação de rede que se assume como um veículo para a sistematização da minha intervenção e ainda como instrumento fundamental para a (re)estruturação da saúde mental do próprio indivíduo.

A situação de doença mental tem grande impacto no estabelecimento de relações interpessoais e desta forma na criação/mobilização da rede de suporte social, num ciclo que reforça a saúde/doença mental. Uma intervenção a este nível (criação de rede de suporte), inserida num contexto interdisciplinar, pode ter um impacto terapêutico no utente/ família. Nos estudos de caso realizados torna-se evidente o crescimento dos vínculos relacionais e das estruturas de suporte. Confrontando o referencial teórico com os dados obtidos, foi possível inferir, ao longo do trabalho, o impacto terapêutico da intervenção realizada. Ainda assim, considero pertinente, num estudo futuro, inter-relacionar os ecomapas elaborados, nos dois momentos distintos, com a avaliação do estado mental correspondente (avaliação clínica).

Este trabalho permitiu o aprofundamento de competências na identificação, concepção, desenvolvimento e avaliação da intervenção social num contexto específico: saúde mental comunitária. Possibilitou, numa perspectiva da Política Social, a estruturação de respostas sociais, enquadradas num trabalho interdisciplinar, diferenciadas e individualizadas para uma população específica, numa perspectiva de partilha com a rede de suporte social.

9. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, Sónia. *Serviço Social na Saúde Centro de Recursos para os Assistentes Sociais na Área da Saúde*. Acedido em Março de 2011, em <http://servicosocialsaude.wordpress.com/>
- Agostinho, Manuela (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 237-230
- Amaro, Fausto. (2005). *Factores Sociais e culturais de esquizofrenia*. Lisboa: ISCSP
- Amaro Fausto (2001) *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso
- Alves, Fátima. (2001). *Acção Social na área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta
- Bermejo, José C.; Martínez, Ana. (s/d). *Relação de ajuda, acção social e marginalidade – Material de Trabalho*. Apelação: Paulus Editora.
- Campos, Luísa (2008) *Doença Mental e prestação de cuidados* Lisboa: UC Editora Unipessoal, Lda
- Carmo, Hermano (2007). *Desenvolvimento Comunitário* (2ª Edição). Lisboa: Universidade Aberta
- Carmo, Hermano (2008). *Metodologia da Investigação Guia para auto – aprendizagem*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta
- Comissão as Comunidades Europeias (2005). Livro verde - *Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, acedido em Agosto de 2010, em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/livroverdemental?r=771>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2006 – 2007*, acedido em Maio de 2009, em http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/09/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoeexecutivo.pdf

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC)
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Durkheim, Émile (2004). *As Regras do Método Sociológico* (9ª edição). Lisboa: Editorial Presença
- Fazenda, Isabel. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores
- Feldman, Robert S. (1987). *Compreender a Psicologia* (5ª edição). Lisboa: Mc Graw Hill
- Figueiredo, Maria Henriqueta (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Guadalupe, Sónia. (2010). *Intervenção em Rede, Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guadalupe, Sónia (2001). *Intervenção em Rede e Doença Mental*, acedido em Maio 2010 em <http://www.cpihts.com>
- Jara, José Manuel. (2002). *Razão Reencontrada: Psiquiatria sem estigma*. Coimbra: Quarteto editor.
- Jara, José Manuel. (2006). *Causas da Psiquiatria Questões de Saúde Mental*. Lisboa: Caminho
- Leff, Jullian (2000) *Cuidados Na Comunidade*. Lisboa: Climepsi Editores
- Manual Merck, Biblioteca médica online. *Visão geral da assistência em saúde mental*, acedido em Maio de 2011, em <http://www.manualmerck.net/>
- Miles, A. (1982). *O doente mental na sociedade contemporânea. Introdução sociológica*. (Vera Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar editores
- Oliveira, Ana M. C. (2010). *O Virar da Seta - Factores Positivos em Vidas de Jovens em Risco*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo, *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Acedido em Junho de 2009, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Ornelas, José (1996 a). Suporte Social e Doença Mental. *Análise Psicológica* (nº2/3 Série XIV), 263-268. Lisboa:ISPA

- Ornelas, José (1996 b). Sistemas de Suporte Comunitário. *Análise Psicológica* (nº2/3 Série XIV), 331-339. Lisboa: ISPA
- Ornelas, José *et al* (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições
- Rodrigues, Vera B.; Madeira, Milton (2009). Suporte Social e Saúde Mental – Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399. Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa
- Santos, Cecília B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Psi-LOGOS - Revista do Serviço de psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*
- Sluzki, Carlos.E. (1997). *A rede social na prática sistémica – alternativas terapêuticas* (Cláudia Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (obra original publicada em 1996).
- Szasz, Thomas. (1979). *O mito da doença mental, Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. (Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar editores
- Szasz, Thomas (1980). *Ideologia e doença Mental, ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem* (2ª edição). (J. Sanz, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar editores
- Tansella, Michele; Thornicroft Graham (coordenação) (2001). *Perturbações Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi
- World Health Organization (2005). *Mental Health's: facing the challenges, building solutions*, acedido em Maio de 2010, em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/livroverdemental?r=771>

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização Comissão Ética CHPL

0312
Margarida Isabel Tomás Esteves
Caminho das Varginhas nº30.
2665-419 Vila Franca do Rosário

115
Oliveira
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Comissão de Ética
Avenida do Brasil, 53
1749-002 Lisboa

Sandra Silveira
Conselho de Administração
(Vogal Executiva)

20-06-2011

Lisboa, 27 de Abril de 2011

Assunto: Pedido de parecer

Exmo. (s). Sr. (s):

No âmbito do mestrado em Política Social (tema da dissertação: "Saúde Mental Comunitária: redes de suporte social de pessoas com doença mental grave"), do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa, cuja orientação está a cargo do professor Doutor Fausto Amaro, solicito parecer para recolha de dados a partir do projecto Pro-Actus, da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (Sector A), no qual exerço funções como assistente social.

A recolha destes dados, que será processada de forma indirecta, tem como objectivo a caracterização de pessoas com doença mental grave a residir na comunidade e da sua rede de suporte social, serão utilizados meramente para efeitos académicos.

Dados a recolher:

- Ano de nascimento
- Nacionalidade
- Estado Civil
- Freguesia de residência

Anexo 2 – Consentimento Informado

Estudo sobre rede de suporte social de pessoas com doença mental grave a residir na comunidade

Lisboa, 2011

CONSENTIMENTO INFORMADO

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se, segundo os estudos epidemiológicos, numa das principais causas de incapacidade e de morbilidade. Assim, torna-se importante proceder a uma análise holística e aprofundada desta temática de forma a perceber qualis são, ao nível comunitário, os elementos constituintes da rede de suporte social de pessoas com doença mental grave.

A sua colaboração é imprescindível para a análise desta temática. Os dados recolhidos são anónimos e a sua participação é voluntária.

O tratamento dos dados garante o anonimato de todos os participantes e têm como objectivo a investigação nesta área.

Agradecemos a sua colaboração

Anexo 3 – Documento de divulgação do projecto Pro-Actus

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA I (Sector A)
Director: J. Cabral Fernandes
Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (U.C.C.P.O)
Coordenadora: Ana Cristina Farias

Pro – Actus

Projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas com os Cuidados de Saúde Primários e as estruturas comunitárias do concelho de Odivelas. Criação de uma rede pró activa.

Documento Interno elaborado pela equipa do Pro – Actus
Odivelas, 2010

Pro – Actus

O *Pro-Actus* consiste num projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) com os Cuidados de Saúde Primários do concelho de Odivelas (CSP) e as estruturas comunitárias (EC)⁶ do município de Odivelas, criando uma rede de articulação pró-activa. Teve início em Março de 2010, surge no âmbito da Candidatura aos Projectos Inovadores em Saúde Mental, promovida pela ACSS (Administração Central de Sistema de Saúde).

É constituído por uma equipa técnica interdisciplinar com o objectivo de dar uma resposta global às diferentes necessidades do utente e família/comunidade.

Este projecto faz parte integrante da UCCPO e faz uma articulação mais efectiva entre esta e os restantes parceiros sociais.

“A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos permanentemente, a instituições psiquiátricas.” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016). O *Pro-Actus* segue esta linha de acção indo ao encontro das necessidades sentidas *in loco* pela equipa da UCCPO, nomeadamente a necessidade de formalizar a articulação com as estruturas da comunidade.

“O objectivo da nova política de Saúde Mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem, e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade.” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016)

O projecto rege-se pelos seguintes princípios orientadores:

- Redução do impacto das perturbações mentais e promoção da saúde mental da população;
- Prestação de Cuidados de Saúde Mental numa perspectiva de proximidade;
- Promoção do tratamento, reabilitação e integração na comunidade envolvendo activamente utentes, família e estruturas comunitárias. “ O tratamento e a reabilitação,

⁶ Instituições Particulares de Solidariedade Social, Instituto de Segurança Social, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Associação de Saúde Mental de Odivelas, Autarquia, Polícia de Segurança Pública, Bombeiros, Saúde Pública e Outros

nesta perspectiva holística, são interdependentes, interagindo um sobre o outro. A combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, mas existem diferenças entre os métodos utilizados e as metas a longo e a curto prazo. O tratamento pretende limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia e normalizar o comportamento. A reabilitação pretende capacitar a pessoa disfuncional para atingir um nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio menos restritivo possível” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016)

- Promoção do *empowerment* e da autonomia.

Objectivo geral:

- Prestar Cuidados de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade às pessoas com doença mental grave e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados.

Objectivos específicos são:

- Prestar cuidados à pessoa/família com necessidades de saúde mental e psiquiatria;
- Realizar uma prática de ligação efectiva entre os CSP, as EC e o *Pro-Actus*;
- Assegurar a continuidade de cuidados de saúde mental aos utentes/família cujo projecto terapêutico é inexistente ou está fragilizado;
- Intervir precocemente na suspeita de patologia Psiquiátrica Grave e quando se verifique incapacidade psicossocial e ou situação de dependência⁷, bem como, partilhar responsabilidade dos utentes com doenças psiquiátricas mais comuns com outras instituições, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e outras estruturas na comunidade;
- Melhorar a qualidade na prestação de cuidados de Saúde Mental;
- Apoiar familiares e /ou prestadores de cuidados informais.

⁷ Situações em que os utentes não têm forma de aceder aos cuidados de saúde, houve uma quebra na prestação de cuidados, e ou não têm suporte social capaz de os ajudar a retomar/accionar os cuidados necessários

O processo de admissão à equipa do *Pro-Actus* pressupõe a existência de três filtros, de acordo com o esquema de Goldberg (1980) - (tal como o preconizado na UCCPO).

“Segundo este modelo, da comunidade ao internamento hospitalar, o doente tem de atravessar diversos filtros passando por diferentes níveis de cuidados na área da psiquiatria. O primeiro filtro é representado pela decisão de ir à consulta de clínica geral; o segundo filtro consiste na identificação ou reconhecimento pelo clínico geral da patologia psiquiátrica. Só depois aparece a decisão de encaminhar para a especialidade o que representa o terceiro filtro” (Teixeira e Cabral, 2008, p. 567)

Após esta referenciação efectua-se uma avaliação inicial pela equipa interdisciplinar, no sentido de aferir critérios de admissão, os quais serão mencionados posteriormente. Reunidos os critérios procede-se à discussão do caso, em equipa, e define-se o plano de intervenção (que inclui um conjunto de respostas bio-psico-sociais). Segue-se a intervenção delineada, sujeita a uma avaliação contínua que permita uma (re)formulação do plano de intervenção mais adequado.

Relativamente aos critérios de admissão ao *Pro-Actus* reforçamos a ideia de que este projecto está, essencialmente, direccionado a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados aos residentes no concelho de Odivelas.

Entende-se que se encontram nesta situação todos os utentes/famílias com dificuldade na adesão aos cuidados de saúde, nomeadamente:

- Impossibilidade de observação na UCCPO;
- Não adesão ao tratamento (farmacológico);
- Incapacidade para reconhecer situações de perigo,
- Acontecimentos de vida precipitantes de agudização da doença;
- Doença mental grave, isto é: doença psiquiátrica que pelas características e evolução do seu quadro clínico afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa (Decreto-Lei n.º 8/ 2010, Artigo 2.º, alínea e).

Consideram-se critérios de exclusão:

- Alterações de comportamento por consumo de tóxicos, sem outra co-morbilidade psiquiátrica associada;
- Risco elevado de auto ou heteroagressividade com passagem ao acto (ex. plano suicida estruturado);

Para efectuar a referenciação é necessário:

- Número do utente SNS/ou número do sub-sistema válido
- Número Bilhete de Identidade/ Cartão do Cidadão
- Contacto do utente/ Contacto da pessoa de referência
- Morada completa (com residência no concelho de Odivelas)
- Informação relevante.
- **E-mail:** proactus@chpl.min-saude.pt
- **Telemóveis Pro - Actus:** 92 5664976/8
- **Telefone UCCPO:** 21 9313420
- **Fax UCCPO:** 219331630

Técnicos da Equipa do Pro - Actus:

Ana Catarina Castro (médica interna de psiquiatria, a tempo parcial)

Elsa Gaspar (enfermeira)

Eva Gonçalves (médica, a tempo parcial)

Margarida Esteves (assistente social)

Patrícia Pedro (médica, a tempo parcial)

Susana Correia (enfermeiro, a tempo parcial)

Bibliografia:

- Diário da República, 1.^a série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010
- Plano Nacional Saúde Mental 2007-2016

Anexo 4 – Instrumento de recolha de dados

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Referenciação

Referenciado por:

Motivo de Referenciação:

Data de referenciação:

1º contacto com o serviço de psiquiatria:

Número de internamentos em serviços de psiquiatria:

Data de alta do Pro-Actus:

Caracterização Social

Sexo:

Idade:

Nacionalidade:

Freguesia de residência:

Estado Civil:

Escolaridade:

Situação profissional:

Tipo de Família:

Notação Social da Família (Graffar adaptado):

Diagnóstico médico:

Genograma:

Ecomapa:

Anexo 5 – Guião de entrevista

Guião de Entrevista

Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe.

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos)
– percepção da rede familiar mais alargada e do tipo de relações que existem.

Pode contar-me o seu dia-a-dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos?
– percepção da rede social do utente

Recebe apoio de alguma IPSS'S? Que apoio?

Anexo 6 – Notação Social da Família

Notação social da família (Graffar adaptado)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de habitação	Local de Residência	Pontuação			Posição Social
						C/ 5 itens	C/ 4 itens	C/ 3 itens	
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I Classe Alta Data __/__/__
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/ Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	6	II Classe Média Alta Data __/__/__
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↓ 9	III Classe Média Data __/__/__
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/ Rendeiros - Emp. Escritório (grau) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F. A. ou militarizados de nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos - 2 < anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV Classe Média Baixa Data __/__/__
5º	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RGM 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V Classe Baixa Data __/__/__

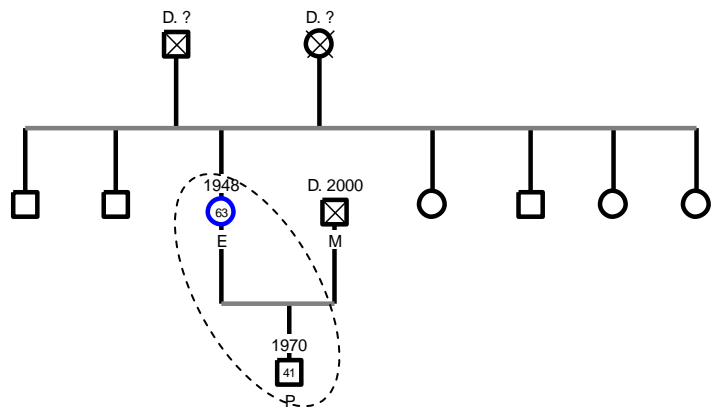
Adaptado de Amaro, (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso

Anexo 7 – Estudos de Caso

CASO ERF

Sexo: Feminino
Data de nascimento: 24/12/1948
Nacionalidade: portuguesa
Freguesia de residência: Odivelas
Estado Civil: viúva
Escolaridade: <4anos
Situação profissional: Reformada por invalidez
Tipo de Família: Monoparental (reside com o filho)
Notação Social da Família (Graffar adaptado): 5

Genograma:



3ª Filha de uma fratria de 7 irmãos, apenas mantém contacto, esporádico e pontual, com uma das irmãs. Viúva com um filho (com o qual reside).

Referenciado por: Consulta Externa da UCCPO na qual é seguida há vários anos. Em 2004 abandona o projecto terapêutico, sendo necessária realização de visitas domiciliárias para administração da terapêutica *depôt*.

Motivo de Referência: não adesão ao projecto terapêutico (consultas e terapêutica injectável); isolamento social

Data de referência: Março 2010 (inicio do projecto)

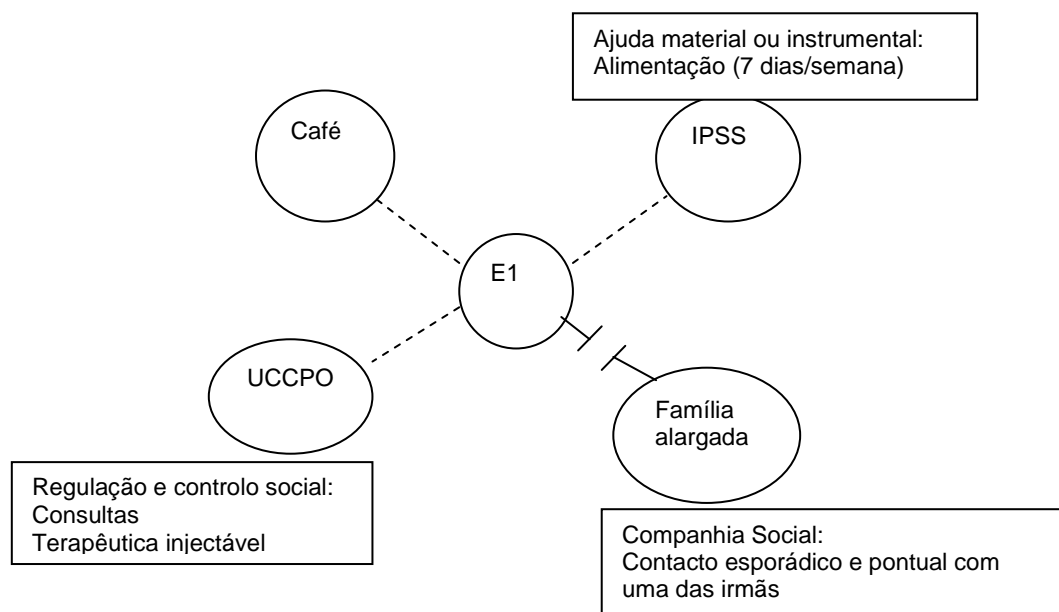
1º contacto com a psiquiatria: não

Número de internamentos: 0 (dados a partir de 2000)

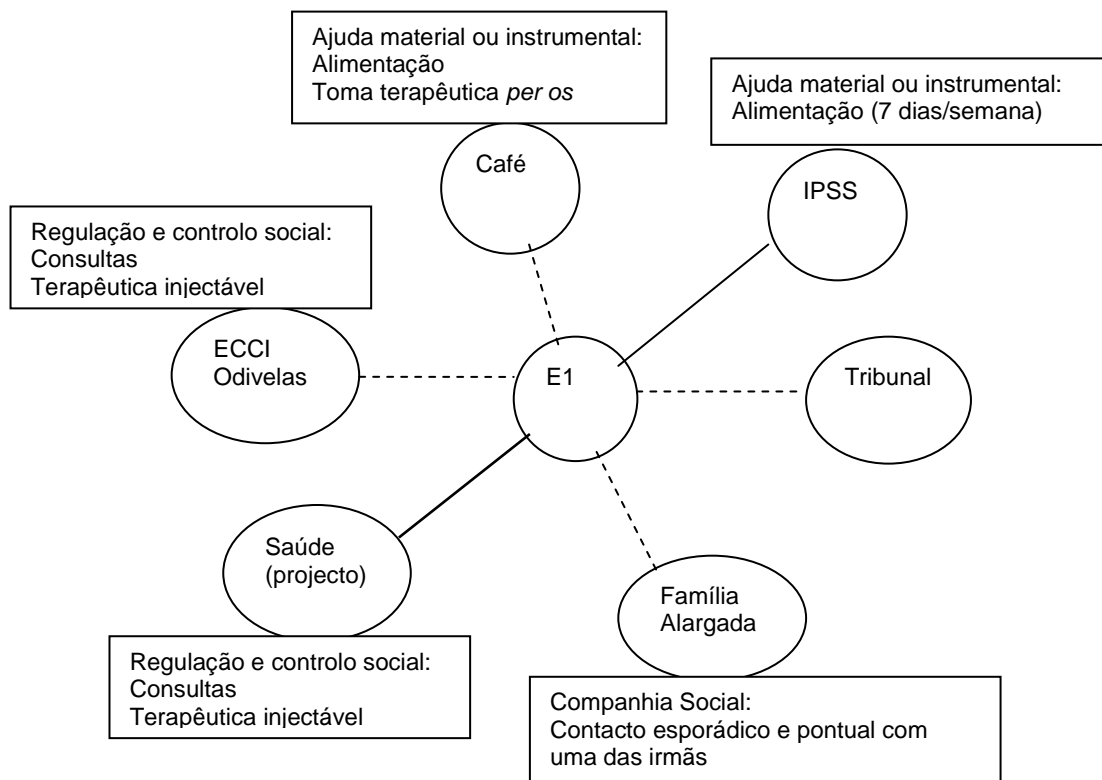
Data de alta do Pro-Actus:

Ecomapa:

Março 2010



Dezembro 2010 –



Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe

Tem um filho com o qual reside. Mantém contacto esporádico e pontual com uma das irmãs. Não tem relação com mais nenhum elemento da família.

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos) – percepção da rede familiar mais alargada e do tipo de relações que existem.

Para além do filho e pontualmente a irmã não mantém mais contacto.

Pode contar-me o seu dia-a-dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos? – percepção da rede social do utente

Toma o pequeno almoço num café perto de casa, onde é dada a medicação *per os*. Progressivas dificuldades em sair do seu domicílio (défice visual).

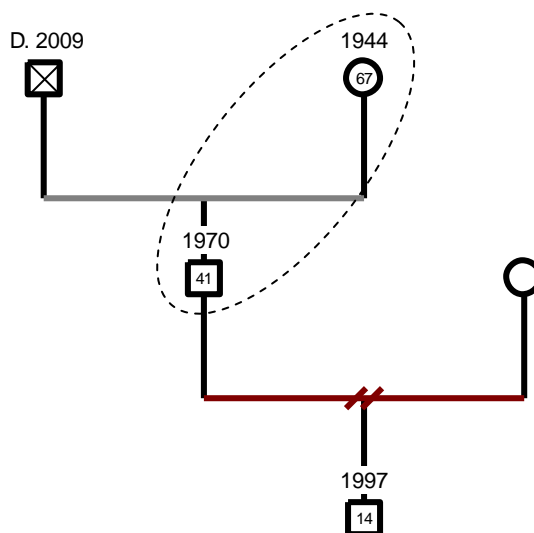
Recebe apoio de alguma IPSS'S? Que apoio?

Recebe SAD (alimentação) de IPSS local.

CASO EAC

Sexo: M
Idade: 40 anos
Nacionalidade: portuguesa
Freguesia de residência:
Famões
Estado Civil: divorciado
Escolaridade: 12ºano
Situação profissional:
Reformado por invalidez
Tipo de Família:
Monoparental (reside com a mãe)
Notação Social da Família (Graffar adaptado): 3
Diagnóstico: psicose

Genograma:



Filho único, reside com a mãe. Divorciado com um filho com o qual não tem contacto.

Ecomapa:

Março 2010 –

Referenciado por: Consulta Externa da UCCPO na qual é seguido desde 1996, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Grande dificuldade de adesão ao projecto, faz abandono da terapêutica depôt.

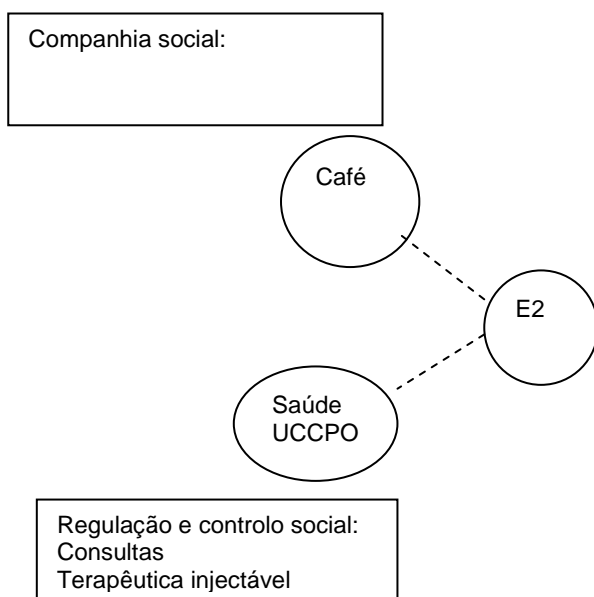
Motivo de Referência: não adesão ao projecto terapêutico (consultas e terapêutica injectável); isolamento social

Data de referência: Março 2010 (inicio do projecto)

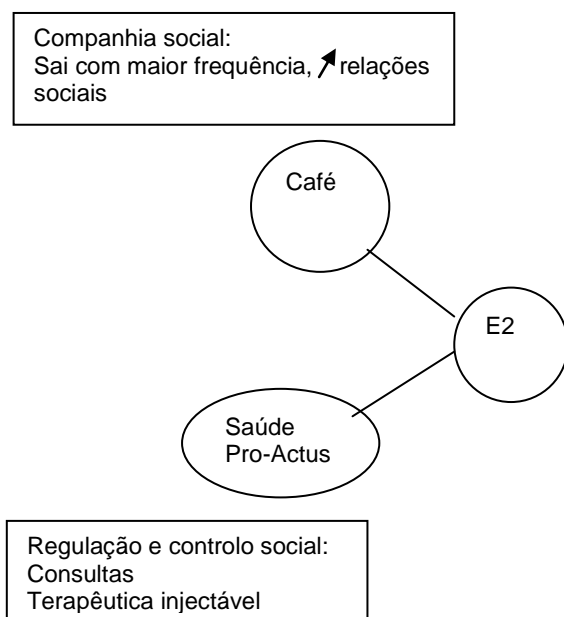
1º contacto com a psiquiatria: não

Número de internamentos: 2

Data de alta do Pro-Actus:



Dezembro 2010 –



Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe

Só tem a mãe. Tem um filho que raramente o visita. “Com a morte do pai só fiquei eu e a minha mãe”.
(SIC)

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos) – percepção da rede familiar mais alargada e do tipo de relações que existem.

Tenho tios mas não os vejo há muitos anos. Nunca vêm cá.

Pode contar-me o seu dia-a-dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos? – percepção da rede social do utente

Só sai para ir ao café, vou até lá para comprar tabaco e beber um café.

(utente passa maior parte do tempo no seu quarto onde existem diversos aparelhos electrónicos como computadores, telefones e televisores).

Recebe apoio de alguma IPSS’S? Que apoio?

Não.

CASO JMJ

Sexo: M

Idade: 49 anos

Nacionalidade: portuguesa

Freguesia de residência:

Odivelas

Estado Civil: solteiro

Escolaridade: 12º ano

Situação profissional:

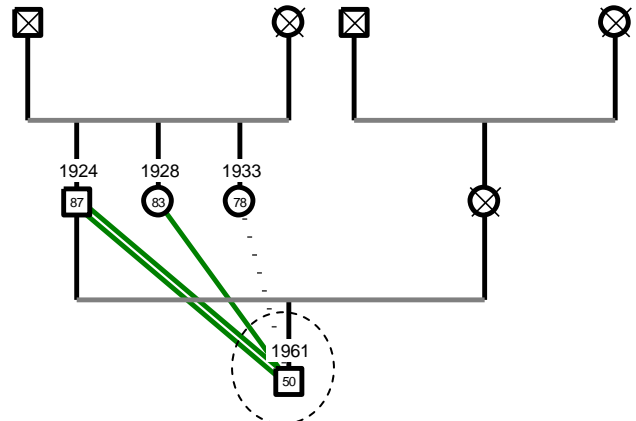
Reformado por invalidez

Tipo de Família: Unipessoal
(reside só)

Notação Social da Família
(Graffar adaptado): 4

Diagnóstico: psicose

Genograma:



Filho único, a mãe faleceu em 2008. Passa a residir com o pai até à integração deste num lar (2010). Actualmente vive sozinho.

Referenciado por: Consulta Externa da UCCPO na qual é seguido há vários anos. Faz abandono do projecto terapêutico após a saída do pai do domicílio.

Motivo de Referência: não adesão ao projecto terapêutico (consultas e terapêutica injectável); isolamento social

Data de referência: Março 2010 (início do projecto)

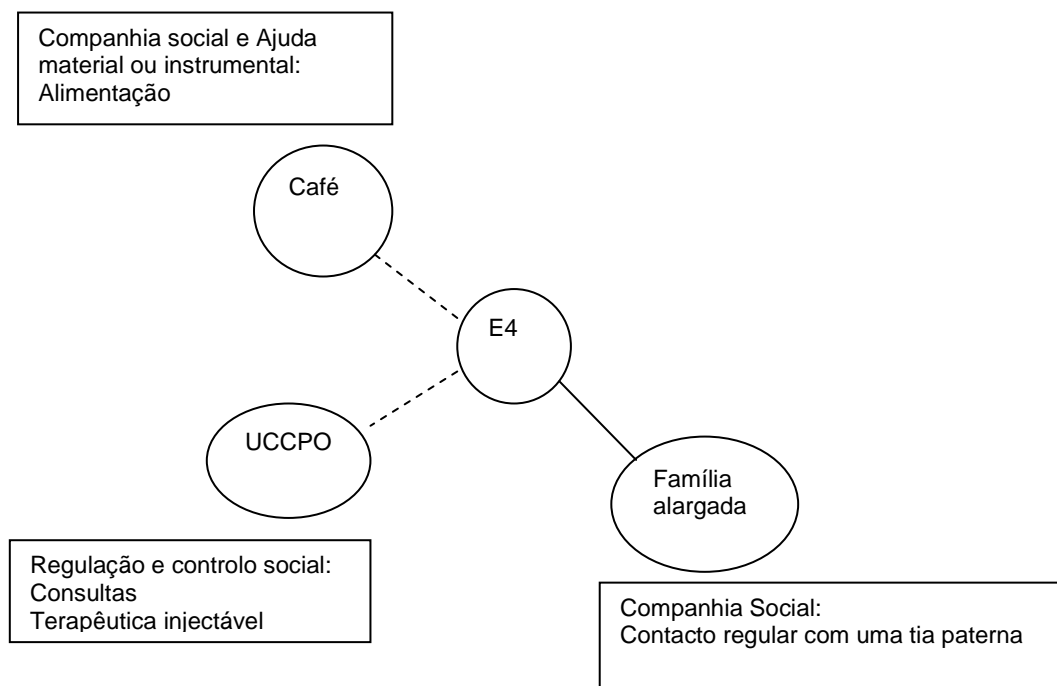
1º contacto com a psiquiatria: não

Número de internamentos: 3

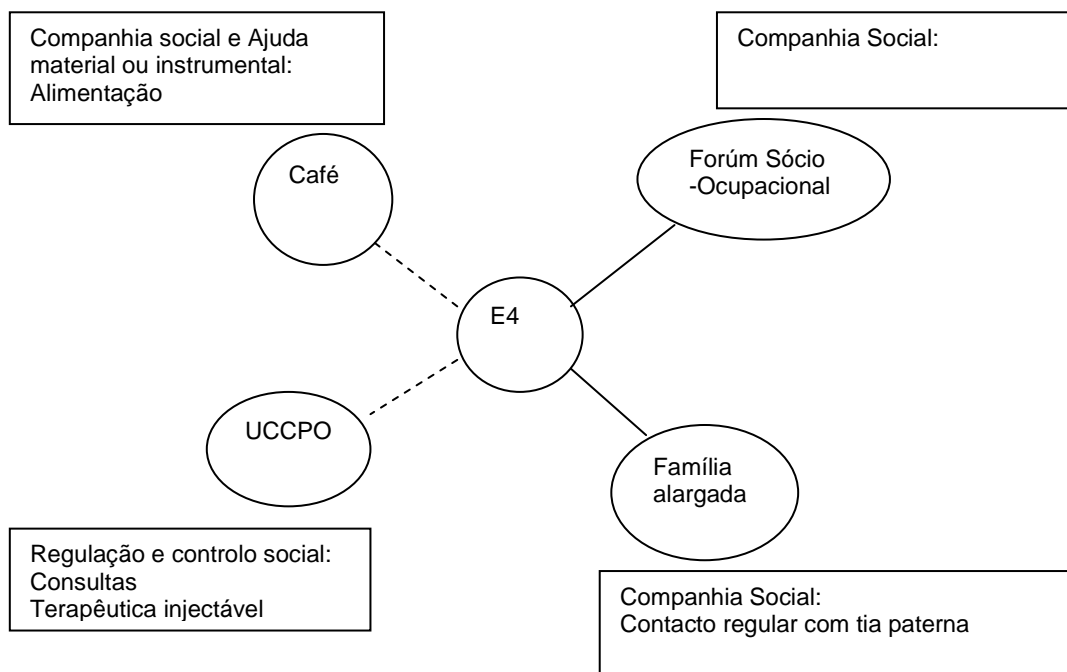
Data de alta do Pro-Actus:

Ecomapa:

Março 2010



Dezembro 2010



Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe

O pai foi integrado num lar no início do ano, devido ao agravamento do seu estado de saúde.

A única família é uma tia paterna que lhe presta apoio na gestão doméstica. Tem outra tia com a qual não mantém contacto.

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos) – percepção da rede familiar e do tipo de relações que existem.

Não tem irmãos. Filho único. Não tem mais família para além das tias paternas e só mantém contacto com uma delas.

Pode contar-me o seu dia-a-dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos? – percepção da rede social do utente

Integrado num fórum sócio ocupacional, onde está das 9h às 16h. Dificuldade em estar sozinho à noite e na realização de AVD'S. No fim-de-semana costuma fazer as refeições em casa da tia e visita o pai. Agora que está integrado no fórum costuma combinar algumas coisas com os colegas (biblioteca).

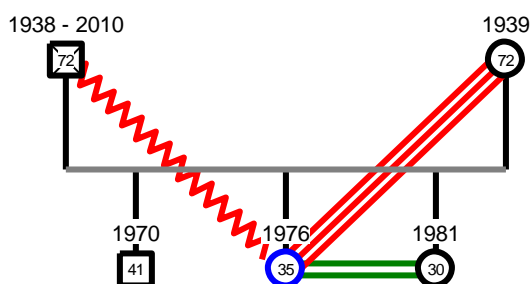
Recebe apoio de alguma IPSS'S? Que apoio?

Recebe apoio do fórum. Em tempos recebeu apoio domiciliário (alimentação) de IPSS local.

CASO SLC

Sexo: F
Idade: 34 anos
Nacionalidade: portuguesa
Freguesia de residência: Ramada
Estado Civil: solteira
Escolaridade: licenciatura
Situação profissional: Desempregada
Tipo de Família: Monoparental (reside com a mãe e dois irmãos)
Notação Social da Família (Graffar adaptado): 2
Diagnóstico: psicose

Genograma:



Utente de 35 anos, solteira a residir com a mãe e os dois irmãos. Pai faleceu recentemente. A mãe tem diagnóstico médico de doença de Alzheimer.

Referenciado por: utente sem seguimento regular em psiquiatria. Irmão seguido na unidade há vários anos relata que a irmã tem alterações de comportamento que se têm vindo a acentuar transmitindo a necessidade de acompanhamento à irmã.

Motivo de Referência: não adesão ao projecto terapêutico (consultas); isolamento social e alterações de comportamento.

Data de referência: Março 2010 (início do projecto)

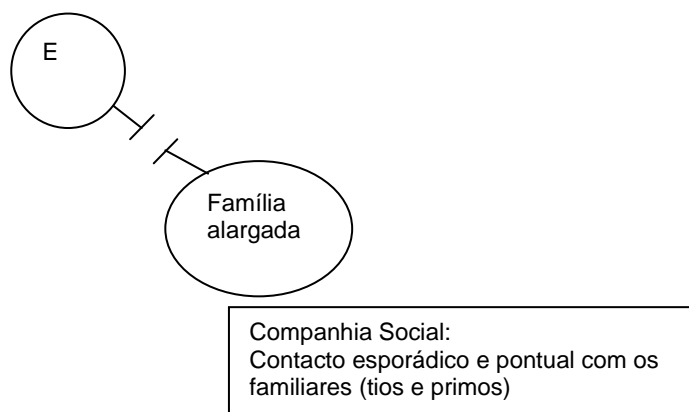
1º contacto com a psiquiatria: não

Número de internamentos: 0 (dados a partir de 2000)

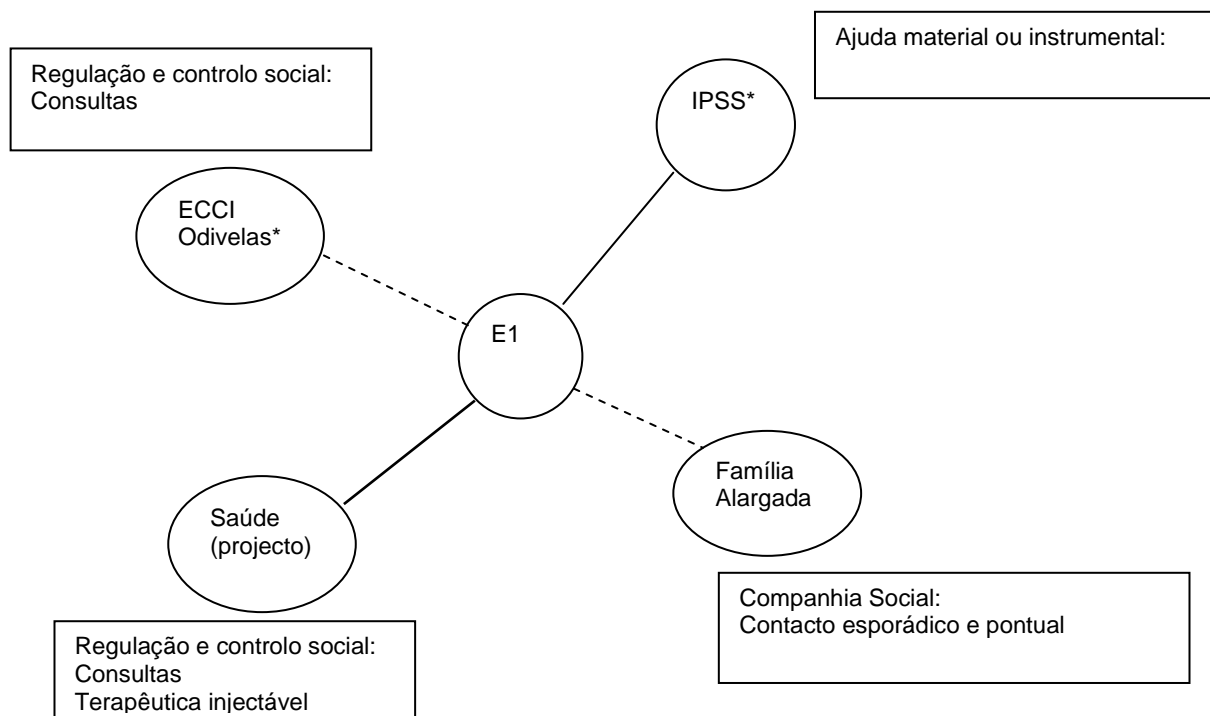
Data de alta do Pro-Actus: Dezembro de 2010

Ecomapa:

Março 2010



Dezembro 2010



Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe

A minha família é a minha mãe e os meus irmãos. O meu pai faleceu recentemente.

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos) – percepção da rede familiar mais alargada e do tipo de relações que existem.

Não tenho contacto com mais nenhum familiar. Nunca tivemos fomos sempre só os cinco.

Pode contar-me o seu dia-a- dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos? – percepção da rede social do utente

Não costumo sair com ninguém. Costumo ficar em casa a cuidar d minha mãe. A minha irmã é a única que trabalha e o meu irmão não costuma cuidar da mãe, por isso tenho de ser eu a

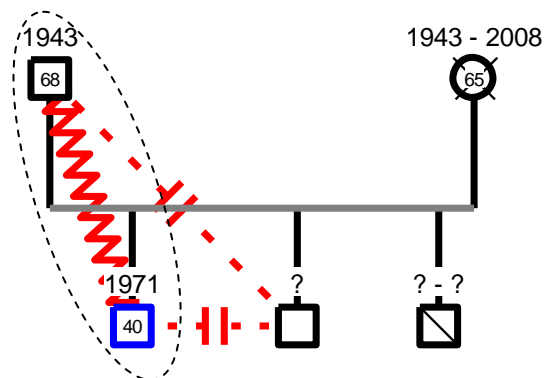
Recebe apoio de alguma IPSS'S? Que apoio?

Sim, agora temos o apoio do centro paroquial e comunitário da Ramada que cuida da minha mãe, fazem a higiene pessoal.

CASO PJP

Sexo: M
Idade: 39 anos
Nacionalidade: portuguesa
Freguesia de residência: Famões
Estado Civil: solteiro
Escolaridade: 9ºano
Situação profissional: Reformado por invalidez
Tipo de Família: Monoparental (reside com a pai)
Notação Social da Família (Graffar adaptado): 5
Diagnóstico: psicose

Genograma:



Reside com o pai. A mãe faleceu no HJM onde estava integrada há vários anos. Não tem contacto com o irmão há vários anos.

Referenciado por: Consulta Externa da UCCPO no qual é seguido há vários anos.

Motivo de Referência: não adesão ao projecto terapêutico (consultas e terapêutica injectável); isolamento social

Data de referência: Março 2010 (inicio do projecto)

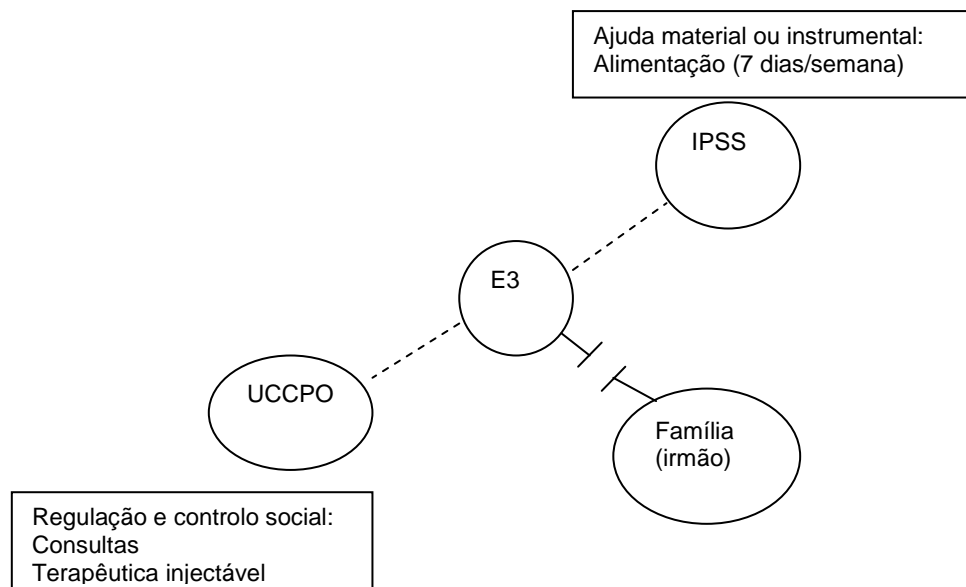
1º contacto com a psiquiatria: não

Número de internamentos: 1

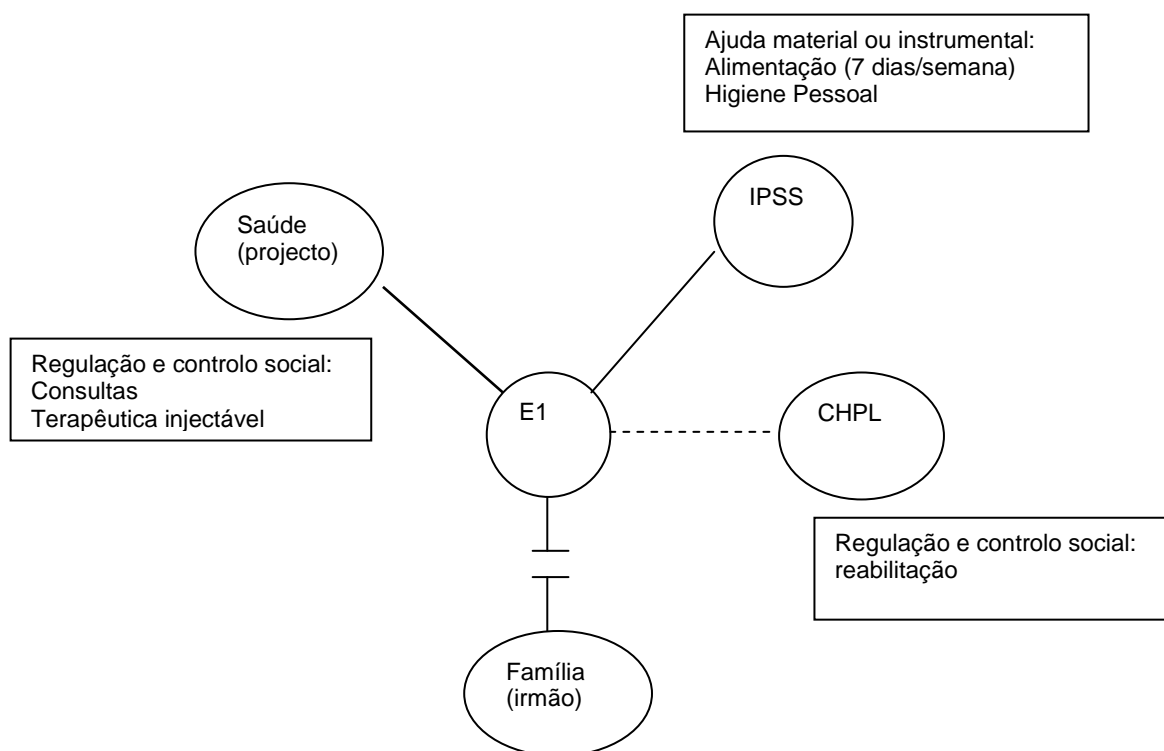
Data de alta do Pro-Actus: Dezembro de 2010 – Encaminhado para o centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Ecomapa:

Março 2010



Dezembro 2010



Como caracteriza a relação que mantém com a família mais próxima? (visitas, contactos, ajudas) – tentar perceber que tipo de relação existe

Só tem o pai. Não tem contacto com o irmão há muitos anos.

E em relação à restante família que relação mantem? (irmãos, cunhados, sobrinhos, primos) – percepção da rede familiar mais alargada e do tipo de relações que existem.

Não tem mais familiares.

Pode contar-me o seu dia-a-dia, costuma sair, conviver com os seus vizinhos, com amigos? – percepção da rede social do utente

Só sai do domicílio para ir levantar a reforma.

Recebe apoio de alguma IPSS'S? Que apoio?

Sim, na alimentação e higiene pessoal.